

---

# **Masterthesis**

---

**Silke Baum**

**Die Bedeutung der UN-  
Behindertenrechtskonvention  
für die betreuungsrechtliche  
Praxis**

Mittweida, 2012



## **Masterthesis**

---

# **Die Bedeutung der UN- Behindertenrechtskonvention für die betreuungsrechtliche Praxis**

„Handlungsleitlinien zur Förderung des  
Empowerments von Menschen mit psychiatri-  
scher Diagnose im Sozialraum Leipzig“

Autor:

**Frau Silke Baum**

Studiengang:

**Soziale Arbeit (M.A.)**

Matrikelnummer:

**25552**

Erstprüfer:

**Prof. Dr. Weber-Unger-Rotino**

Zweitprüfer:

**Dipl.-Päd. Arnaud**

Einreichung:

**Mittweida, 29.06.2012**

Verteidigung/Bewertung:

**Mittweida, 2012**

## **Bibliografische Beschreibung:**

Baum, Silke:

Die Bedeutung der UN- Behindertenrechtskonvention für die betreuungsrechtliche Praxis, Handlungsleitlinien zur Förderung des Empowerments von Menschen mit psychiatrischer Diagnose im Sozialraum Leipzig. 2012. Mittweida, Hochschule Mittweida, Fakultät Soziale Arbeit, Masterthesis, 2012

## Abstract

Die vorliegende Masterthesis beschäftigt sich mit den prognostischen Auswirkungen auf bestehende Strukturen des Betreuungsrechtes in Folge der Umsetzung der UN-BRK. Es wird der Frage nachgegangen, welche strukturellen Veränderungen sich auf die gesetzgeberische Struktur, Verfahrensweisen und in den Aufgabenkreisen Einwilligungsvorbehalt, Unterbringung zur Heilbehandlung sowie freiheitsentziehende Maßnahmen vorgenommen werden müssen. Die Fragestellung wird auf der Grundlage aktueller Fachliteratur und einer partizipatorischen Untersuchung anhand leitfadengestützten Interviews von ExpertInnen „in eigener Sache“ im Sozialraum Leipzig diskutiert. Im Ergebnis wird deutlich, dass im Rahmen der Umsetzungen betreuungsrechtliche Verfahrensweisen und gesetzgeberische Voraussetzungen novelliert werden müssen, so dass rechtliche Betreuungen vermieden werden können. Ebenso ist der Ausbau vorrangiger Hilfen, welche Unterstützung zur rechtlichen Assistenz bieten sollen, zwingend notwendig. Die Aufgabenkreise Einwilligungsvorbehalt, Unterbringung zur Heilbehandlung und freiheitsentziehende Maßnahmen stellen in Relation mit den Inhalten der UN-BRK nur bedingt geeignete Maßnahmen zur Herstellung von Selbstbestimmung dar. Es bedarf einer Anpassung in gesetzgeberischen Voraussetzungen und Verfahrensweisen sowie den Ausbau von Alternativen. Des Weiteren wird anhand der partizipatorischen Untersuchung deutlich, dass eine einheitliche Qualifizierung von rechtlichen BetreuerInnen erforderlich ist.

**Keywords:** *UN-Behindertenrechtskonvention, Betreuungsrecht, Einwilligungsvorbehalt, stationäre Unterbringung, unterbringungsähnliche Maßnahmen, Disability-Studies*

## Barriere-freies Abstract

Menschen mit psychiatrischer Diagnose werden in Deutschland in vielen Lebensbereichen benachteiligt. Durch die Zustimmung der Bundesregierung gilt seit 2009 die UN-Behindertenrechtskonvention auch in Deutschland, so dass Menschen mit Behinderungen eine Gleichstellung in Lebensbereichen wie Schule, Arbeit und Wohnen erlangen müssten. Die Autorin hinterfragt, welche Veränderungen sich in Bezug auf das Betreuungsrecht vorgenommen werden müssen, da rechtliche BetreuerInnen Menschen mit Behinderung in der Gleichstellung einschränken können. Gerade in Bereichen, welche Geldangelegenheiten, ärztliche Behandlungen und Einweisungen in die Psychiatrie betreffen, wird die Selbstbestimmung im Gegensatz zu Menschen ohne Behinderung durch rechtliche BetreuerInnen eingeschränkt. Die Autorin hat neben dem Literaturvergleich auch Menschen befragt, die selbst rechtlich betreut werden.

Im Ergebnis zeigte sich, dass sich noch eine Vielzahl an Veränderungen im Betreuungsrecht vorgenommen und mehr Hilfen ausgebaut werden sollten, so dass Menschen mit Behinderung ihren Alltag selbstbestimmt bewältigen können. Die befragten Personen benannten zahlreiche Wünsche zu Besserungen, zu Hilfen und im Umgang mit ihrem rechtlichen Betreuer/ihrer rechtlichen Betreuerin.

*„Die Stärke des Volkes misst sich am Wohl der Schwachen  
(Präambel, Schweizer Verfassung, 1999).“*

# Inhalt

|   |      |
|---|------|
| Bibliografische Beschreibung:.....                      | IV   |
| Inhalt .....  | VIII |
| Abbildungsverzeichnis.....                              | XI   |
| Abkürzungsverzeichnis.....                              | XII  |
| Einleitung.....   | 1    |
| 1 Die UN-Behindertenrechtskonvention .....              | 5    |
| 1.1 Hintergrund.....                                    | 5    |
| 1.2 Entstehung und Inhalte .....                        | 7    |
| 1.2.1 Alleinstellungsmerkmal .....                      | 8    |
| 1.2.2 Inhaltliche Reichweiten.....                      | 9    |
| 1.2.2.1 Grundsätze.....                                 | 10   |
| 1.2.2.2 Weiterentwicklungen von Menschenrechten .....   | 12   |
| 1.3 Innerstaatliche Umsetzung der UN-BRK .....          | 15   |
| 1.3.1 Durchführungsbestimmungen .....                   | 15   |
| 1.3.2 Forderung von Betroffeneninitiativen.....         | 16   |
| 1.3.3 Der Aktionsplan der Bundesregierung .....         | 18   |
| 1.4 Kritische Würdigung .....                           | 20   |
| 2 Das Betreuungsrecht.....                              | 23   |
| 2.1 Analyse des Betreuungsgesetzes .....                | 24   |
| 2.1.1 Grundgedanke des Betreuungsrechtes .....          | 24   |
| 2.1.2 Der Grundgedanke im Vergleich mit der UN-BRK..... | 26   |
| 2.2 Ablauf des Betreuungsverfahrens.....                | 28   |
| 2.2.1 Voraussetzungen .....                             | 28   |
| 2.2.2 Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit.....       | 30   |
| 2.2.2.1 Soziales Sachverständigengutachten.....         | 30   |
| 2.2.2.2 Medizinische Sachverständigengutachten.....     | 32   |
| 2.2.3 Vertretungsmacht .....                            | 34   |
| 2.3 Analyse der Aufgabenkreise.....                     | 36   |
| 2.3.1 Einwilligungsvorbehalt .....                      | 37   |
| 2.3.1.1 Vorraussetzungen und Auswirkungen .....         | 37   |
| 2.3.1.2 § 1903 BGB und Artikel 12 UN-BRK .....          | 39   |



|         |   |    |
|---------|---|----|
| 2.3.1.3 | Geeignete Maßnahmen.....  | 40 |
| 2.3.2   | Stationäre Unterbringung § 1906 BGB.....                            | 41 |
| 2.3.2.1 | Verfahrensweise der stationären Unterbringung.....                  | 42 |
| 2.3.2.2 | Gefahrenprognose .....  | 43 |
| 2.3.2.3 | Verhältnismäßigkeiten .....   | 45 |
| 2.3.2.4 | Paradigmenwechsel für Alternativen .....                            | 47 |
| 2.3.3   | Unterbringungsähnliche Maßnahmen und Heilbehandlung.....            | 48 |
| 2.3.3.1 | Verfahrensweisen bei unterbringungsähnlichen Maßnahmen .....        | 48 |
| 2.3.3.2 | Verfahrensweisen zur Zwangsbehandlung.....                          | 49 |
| 2.3.3.3 | Zwangsmaßnahmen im Sinne der UN-BRK.....                            | 50 |
| 2.3.3.4 | Paradigmenwechsel.....  | 51 |
| 2.3.3.5 | Verantwortlichkeiten von BetreuerInnen .....                        | 52 |
| 2.4     | Zwischenfazit.....  | 54 |
| 3       | Handlungsleitlinien zur Förderung des Empowerment.....              | 57 |
| 3.1     | Zielstellung der Forschung .....                                    | 57 |
| 3.1.1   | Empowerment im betreuungsrechtlichen Kontext, ein Widerspruch?..... | 58 |
| 3.1.2   | Versorgungsstruktur des Sozialraums Leipzig.....                    | 59 |
| 3.2     | Dokumentation der Vorgehensweise .....                              | 61 |
| 3.2.1   | Forschungsmethode und Auswahl der InterviewpartnerInnen.....        | 61 |
| 3.2.2   | Interviewleitfaden.....   | 62 |
| 3.2.3   | Interviewsituationen .....  | 63 |
| 3.2.4   | Auswertungsmethode nach Meuser und Nagel .....                      | 64 |
| 3.3     | Auswertung.....   | 64 |
| 3.3.1   | Gründe und Bewertungen rechtlicher Betreuung.....                   | 64 |
| 3.3.1.1 | Bewertungen rechtlicher Betreuung.....                              | 65 |
| 3.3.1.2 | Gründe der Betreuungsanregung.....                                  | 66 |
| 3.3.2   | Gestaltung des Betreuungsprozesses.....                             | 67 |
| 3.3.2.1 | Gesprächsführung.....   | 68 |
| 3.3.2.2 | Terminabsprachen .....  | 69 |
| 3.3.2.3 | Vertrauensarbeit .....  | 70 |
| 3.3.2.4 | Bedürfniswahrnehmung .....  | 71 |
| 3.3.2.5 | Bewertungen des Einwilligungsvorbehaltes .....                      | 73 |
| 3.3.3   | Unterbringungs- und Behandlungskontext.....                         | 74 |
| 3.3.3.1 | Vorrangige Hilfen im Sozialraum Leipzig.....                        | 75 |
| 3.3.3.2 | Erfahrungen und Wünsche im Kontext stationärer Unterbringung .....  | 77 |
| 3.3.3.3 | Erfahrungen und Wünsche im Behandlungskontext.....                  | 78 |
| 3.3.3.4 | Verantwortlichkeit von BetreuerInnen .....                          | 80 |
| 3.3.4   | Wünsche im Rahmen der UN-BRK .....                                  | 81 |
| 3.4     | Handlungsleitlinien für rechtliche BetreuerInnen .....              | 84 |
| 4       | Auswertung und Schluss .....  | 87 |

|  |     |
|--|-----|
| 4.1 Auswertung der Thesen .....  | 87  |
| 4.2 Schlussbetrachtung und Ausblick .....                                      | 93  |
| Literatur .....  | 94  |
| Anlagen .....  | 99  |
| Anlagen, Teil 1 .....  | 101 |
| 1. UN-BRK nach der Übersetzung des Netzwerk Artikel 3 e.V. ....                | 101 |
| Anlagen, Teil 2 .....  | 106 |
| 2. Interviewleitfaden und Gedächtnisprotokolle aus dem Betreuungswesen .....   | 106 |
| 2.1 Interviewleitfaden für rechtliche BetreuerInnen: .....                     | 106 |
| 2.2 Gedächtnisprotokolle .....   | 109 |
| Anlagen, Teil 3 .....  | 110 |
| 3. Interviewleitfaden und Transkription von ExpertInnen in eigener Sache ..... | 110 |
| 3.1 Interviewleitfaden von „ExpertInnen in eigener Sache“ .....                | 110 |
| 3.2 Transkription von Experten in eigener Sache .....                          | 113 |
| 3.3 Interviewleitfaden Psychiatriekoordinator .....                            | 114 |
| 3.4 Transkription Psychiatriekoordinator .....                                 | 116 |
| Anlagen, Teil 4 .....  | 117 |
| Selbstständigkeitserklärung .....  | 119 |

# Abbildungsverzeichnis

## Abbildung 1:

Abb.: [http://www.coordination-nationale infirmiere.org/index.php/](http://www.coordination-nationale infirmiere.org/index.php/201005181231/Actualites/Psychiatrie-nous-avons-deux-maux-a-vous-dire.html)

Seite 42

[201005181231/Actualites/Psychiatrie-nous-avons-deux-maux-a-vous-dire.html](http://www.coordination-nationale infirmiere.org/index.php/201005181231/Actualites/Psychiatrie-nous-avons-deux-maux-a-vous-dire.html)

# Abkürzungsverzeichnis

|         |  |
|---------|--|
| Abs.    | Absatz   |
| Alg II  | Arbeitslosengeld II  |
| CEDAW   | Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women                           |
| CERD    | the Committee on the Elimination of Racial Discrimination  |
| CRC     | Convention on the Rights of the Child  |
| CRPD    | Convention on the Rights of Persons with Disabilities  |
| Fam FG  | Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit |
| FGG     | Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit                                     |
| GG      | Grundgesetz  |
| ICD 10  | International Classification of Diseases   |
| ICESCR  | International Convention on Economic, Social and Cultural Rights                                     |
| UN- BRK | Behindertenrechtskonvention  |
| WPA     | World Psychiatric Association  |

# Einleitung

Nach der Erklärung der Menschenrechte von 1948 durch die Generalversammlung sind alle Menschen gleich an Rechten und Würde geboren. Dies gilt scheinbar nicht für Menschen mit geistiger, körperlicher und seelischer Behinderung und Menschen mit psychischen Erkrankungen. Ihre Lebenssituation ist allzu oft von Exklusion sowohl in kulturellen, wirtschaftlichen und sozialen Bereichen, als auch in den Behandlungskontexten geprägt. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit „Die Behandlungsvereinbarung im Rahmen des Patientenverfügungsgesetzes, ein Autonomiegewinn für Menschen mit psychischen Erkrankungen“ wurde belegt, dass Menschen mit psychiatrischer Diagnose in Behandlungskontexten, in Form von Vorsorgedokumenten, ihr Recht auf eine selbstbestimmte Behandlung einfordern können. Mit Hilfe einer vorverfügten antizipatorischen Willenserklärung können somit freiheitsentziehende Maßnahmen und stationäre Unterbringungen gegen ihren Willen abgewehrt werden. Das Ergebnis bestätigte jedoch auch, dass nur jene PatientInnen ihr Recht auf eine selbstbestimmte Behandlung erhielten, die umfassend aufgeklärt waren und ein fundiertes Wissen bezüglich ihrer Krankheit und eine ausreichende Compliance aufwiesen. Für einen Großteil der PatientInnen kam eine Behandlungsvereinbarung nicht in Betracht. Sie bekamen diese Faktoren zeitweise nicht von Ärzten/Ärztinnen zugesprochen und waren deshalb den asymmetrischen Machtverhältnissen der Psychiatrie ausgesetzt (Vgl. Baum, 2010). Die Autorin stellte sich weiterführend die Frage, welche Handlungsleitlinien sich für rechtliche BetreuerInnen im Rahmen einer rechtlichen Betreuung ergeben müssen, um Menschen mit psychiatrischer Diagnose in ihrer Selbstbestimmung zu fördern.

Die Bachelorthesis gewährt der Autorin eine Vorlage zur Masterthesis und soll neben der genannten Fragestellung gleichermaßen gesellschaftliche, gesetzliche und betreuungsrechtliche Barrieren auffindig machen. Die Analysegrundlage dafür bietet die UN-BRK.

Nach einem Verstoß Mexikos, hinsichtlich der Anerkennung von Gleichstellungsrechten und Barrierefreiheit behinderter und marginalisierter Menschen, verabschiedete und manifestierte die UN-Generalversammlung 2006 die Rechte für Menschen mit Behinderung (CPRD). Die Bestimmung ratifizierten 192 Mitgliedsstaaten auf innerstaatlicher Ebene. Deutschland folgte den Aufforderungen 2009 und verpflichtete sich 2 Jahre nach der Ratifizierung dazu, einen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in den Bereichen Bildung, Arbeit, Gesundheit, Mobilität, Kommunikation und den Personenschutz-, Freiheits-, sowie Selbstbestimmungsrechten vorzulegen (Vgl. Flieger/Schönwiese, 2011, S. 13). Die Personenschutz-, Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte der CRPD umfassen im Artikel 12 „die Gleichberechtigung als rechtsfähige Person“, im Artikel 13

„Gleichberechtigter Zugang zur Justiz“ und im Artikel 14 „Freiheit von Folter und erniedrigender Behandlung“. Da das Betreuungsrecht im §1903 BGB Einwilligungsvorbehalt, sowie im §1906 Abs. 1 Unterbringung und Abs. 1 Satz 2 Unterbringung zur Heilbehandlung in ihrer praktischen Umsetzung die Personenschutz-, Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte berührt soll im Rahmen der Masterthesis folgende zentrale Fragestellung diskutiert werden: „Welche Bedeutung hat die UN-BRK auf die betreuungsrechtliche Praxis und welche Handlungsleitlinien rechtlicher Betreuer zur Förderung des Empowerments Betroffener ergeben sich daraus?“. Zu der benannten Fragestellung wurden Hypothesen aufgestellt, welche eine Untersuchungsgrundlage und eine Strukturierung dieser Arbeit bieten:

1. Hypothese: Die betreuungsrechtliche Praxis leistet einen Beitrag um Betroffene als rechtsfähige Personen in die Gesellschaft zu inkludieren, jedoch wird diese in ihren Ausführungen dem Paradigmenwechsel „von Fürsorge zur Selbstsorge“ der UN-Behindertenrechtskonvention nur in bedingtem Maße gerecht.
2. Die Paragraphen 1903 BGB Einwilligungsvorbehalt, 1906 Abs. 1 Unterbringung und Abs. 1 Satz 2 Unterbringung zur Heilbehandlung sollten in ihrer gesetzlichen Formulierung geprüft werden, da diese in ihrer praktischen Umsetzung die Personenschutz-, Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte berühren. Es müssen schärfere Vorschriften zur Unterbringung und Heilbehandlung vom Gesetzgeber geschaffen werden.
3. Hypothese: Durch die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention müssen neue Aufgaben an die betreuungsrechtliche Praxis gestellt werden. Dabei sollte der Wandel von stellvertretendem Handeln hin zur rechtlichen Unterstützungsleistung von Betroffenen angestrebt werden.
4. Hypothese: Betroffene wünschen sich mehr Einfluss in ihren rechtlichen Angelegenheiten und werden aufgrund struktureller gesellschaftlicher, betreuungsrechtlicher Barrieren an ihrer Selbstbestimmung gehindert.

Um die oben genannten Hypothesen zu untersuchen, soll das Thema in den ersten beiden Kapiteln wie folgt hermeneutisch analysiert werden:

Im ersten einführenden Kapitel wird die Entstehung der UN-Behindertenrechtskonvention beschrieben und anhand der Lebenslagen von Menschen mit psychiatrischer Diagnose Auswirkungen von Exklusion skizziert. Dabei wird das Alleinstellungsmerkmal begründet, inhaltliche Grundlagen für Reichweiten in Hinblick auf die wohlfahrtsstaatlichen Behindertengesetze aufgezeigt sowie Forderungen von Betroffeneninitiativen und der Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention auf Bundesebene vorgestellt.

Dieses Kapitel stellt eine Analysegrundlage zur vergleichenden hermeneutischen Untersuchung mit den gesetzlichen Grundlagen, Verfahrensweisen und der Umsetzung des innerstaatlichen Betreuungsrechtes dar.

Im zweiten Kapitel wird der Grundgedanke des Betreuungsrechts, das Betreuungsverfahren sowie Inhalte und Aufgabenbereiche dargestellt. Im Vergleich zur Zielstellung einer rechtlichen Betreuung, Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention und Statistiken von Unterbringungsverfahren sowie Einwilligungsvorbehalten sollen sowohl Problemstellungen in der betreuungsrechtlichen Praxis und psychiatrischen Versorgung als auch Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung im Sinne der UN-BRK aufgezeigt werden. Ergänzend dazu wurden rechtliche BetreuerInnen zu den Problemstellungen in einem leitfadengestützten ExpertInneninterview befragt, welche ebenfalls in die theoretische Analyse einfließen.

Gemäß des Artikel 31 der UN-BRK mit den Forderungen der „Entgrenzung von Wissenschaften“ und Partizipation von Menschen mit Behinderung in wissenschaftlichen Kontexten wird im dritten Kapitel das Thema anhand einer qualitativen Sozialforschung von ExpertInnen in eigener Sache im Sozialraum Leipzig analysiert. Diese interdisziplinäre Untersuchung ist den „Disability Studies“ zuzuordnen. Behinderung wird nicht aus einer medizinisch diagnostizierten Beeinträchtigung gesehen, sondern als Konstrukt, welches erst durch gesellschaftliche Barrieren entsteht. Dabei wurden fünf ExpertInnen in einem leitfadengestützten Interview über die Zufriedenheit, Durchführung und Wünsche zur Einflussnahme in der rechtlichen Betreuung sowie zu Defiziten in betreuungsrechtlicher und psychiatrischer Versorgungsstruktur befragt. In Anlehnung an die Hypothesen wurde ergänzend dazu der Psychiatriekoordinator der Stadt Leipzig um eine Stellungnahme zu einzelnen Problemstellungen in einem separaten leitfadengestützten Interview gebeten. Im dritten Kapitel wird die Zielstellung der Forschung, der Sozialraum Leipzig in seiner psychiatrischen und betreuungsrechtlichen Versorgung sowie die methodische Vorgehensweise und Auswertung anhand der Auswertungsmethode nach Meuser und Nagel beschrieben.

Im letzten Abschnitt dieser Arbeit erfolgt die Zusammenfassung mit einer Auswertung der Thesen sowie ein Ausblick auf weiterführende Forschungsansätze.





# 1 Die UN-Behindertenrechtskonvention

In diesem Kapitel werden der Hintergrund, die inhaltlichen Grundsätze und die Zielstellungen der UN-BRK vorgestellt. Die Begründung der Notwendigkeit der UN-BRK erfolgt zu Beginn durch das Aufzeigen von Exklusionsprozessen von Menschen mit psychiatrischer Diagnose in heutigen gesellschaftlichen Bezügen. Dazu werden konkreter im zweiten und dritten Abschnitt die Entstehung der UN-BRK, deren rechtliche Reichweite und Inhalte, Grundsätze von sozialer Inklusion, Barrierefreiheit und Chancengleichheit sowie die innerstaatlichen Umsetzungen anhand des Aktionsplanes des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) vorgestellt. All jene Punkte bilden die inhaltliche Grundlage zur Analyse der Konventionskonformität des Betreuungsrechtes, dass im zweiten und dritten Kapitel untersucht wird.

## 1.1 Hintergrund

Historisch betrachtet mussten sich Menschen mit psychiatrischer Diagnose die Anerkennung ihrer Menschenrechte, ihrer Würde und ihrer Integrität hart erkämpfen. Die Pressionen reichten von Denunziationen über Entrechtung, Ermordung zwischen 1939-1942 in der NS-Zeit mit Offensiven wie T4<sup>1</sup> bis hin zur Entwürdigung durch Folter und Zwangssterilisation in der Nachkriegszeit. Erst mit der Psychiatrieenquete<sup>2</sup> in den siebziger Jahren wurden Menschen mit psychiatrischer Diagnose aus den Anstalten enthospitalisiert und ihnen ein Leben außerhalb psychiatrischer Kliniken in Form von gemeindenahen psychiatrischen Versorgungsstrukturen ermöglicht (Vgl. Halmi in Narr, Paetow, Saschenbrecker, Talbot, Wähner, 2010, S. 7-11). Bei genauerer Betrachtung spiegelt die „gleichberechtigte“ Lebenssituation dieser Menschen in unserer heutigen Gesellschaft ein anderes Bild wieder. Ein Großteil der Betroffenen lebt von Transferleistungen und wird nach mehreren berufli-

---

<sup>1</sup> Bei der Aktion T 4 wurden mehr als 70.000 Psychiatrie-Patienten und behinderte Menschen durch SS-Ärzte und -Pflegekräfte in der NS-Zeit von 1940 bis 1941 ermordet (Vgl. Halmi in Narr et al., 2010, S. 7-11).

<sup>2</sup> Die Psychiatrieenquete und die Entwicklung der Sozialpsychiatrie in den 1970 Jahren war eine gesellschaftliche, kulturelle und ethische Aufgabe. Neben der Gleichstellung von Patientenrechten in der psychiatrischen mit der somatischen Medizin wurde ebenso die Inklusion von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen in den Lebensbereichen Bildung, Arbeit und Wohnen als Zielstellung benannt. Bemerkenswert ist, dass die gemeindenahe Gestaltung der psychiatrischen Versorgungen sowie Behandlungs- und Hilfeangebote vorrangig durch professionelle Akteure ohne Einbezug von Betroffenen gestaltet wurden. Aufgrund mangelnder bedarfs- und nutzerorientierter Angebote haben sich die Lebenslagen von Betroffenen kaum verbessert und kaum zu einer Verringerung der Unterbringungsraten beigetragen. Ebenso ist die Gleichstellung zur somatischen Medizin hinsichtlich der Patientenrechte noch nicht erreicht worden (Vgl. Quindel, 2005, S.: 20- 25).

chen Rehabilitationsmaßnahmen berentet. Ihre Einkommen in Form von niedrigen EU-Renten reichen oft nicht aus, so dass die Betroffenen in Armut leben müssen. Ihr Zugang zu Arbeitsmöglichkeiten wird durch Vorurteile und Ängste der Gesellschaft sowie durch zugewiesene Diagnosen nach dem ICD 10, *International Classification of Diseases*, verhindert. Mit Hilfe der Zuweisung einer Diagnose wird das Unverständnis der Gesellschaft im Hinblick auf nonkonformes Verhalten abgebaut und durch Fachleute, wie Psychiater und Sonderpädagogen verständlich erklärbar. So geht Professor Eckert Rohrmann von der Universität Marburg davon aus, dass: „ (...) psychische Krankheiten soziale Konstrukte sind, die dann entstehen, wenn bestimmte Verhaltensweisen von Außenstehenden nicht verstanden werden und die, von einschlägigen Fachleuten, wie Psychiatern oder Sonderpädagogen zur Diagnose manifestiert, das Unverständene dann scheinbar erklären und so die Beantwortung sozialen Ausschlusses durch den Einschluss in einsprechende Institutionen rechtfertigen (Rohrmann in Steenken, 2007).“

Der Einschluss von Menschen in Institutionen wird durch die bestehenden föderalistischen Unterbringungsgesetze der Länder, *PsychKG* und das Bürgerliche Gesetzbuch mit §1906 legitimiert. Jene Sondergesetze lassen eine Einteilung von Menschen in zwei Kategorien zu und erzeugen ein Ungleichgewicht zur somatischen Medizin. Zum einen der „gesunde Mensch“, der über aktuelle Behandlungen selbst entscheiden und diese ablehnen darf und zum anderen der „kranke Mensch“, dessen nicht vorhandene Einsicht einer Behandlung durch die Sicht professioneller Dienstleister ersetzt werden muss. Diese Polarisierung von Gesundheit und Krankheit wird in traditionellen psychiatrischen Behandlungskonzepten vertreten und wurde von der World Health Association 1947 wie folgt definiert: „Gesundheit ist das vollkommene physische, psychische, geistige und soziale Wohlbefinden (Knuf, 2011, S.11).“

Zu dem erfolgt die Diagnose im Maßstab von gesellschaftlichen Norm- und Verhaltensvorstellungen. Ein Mensch kann folglich nur gesund sein, wenn er/sie über ein „vollkommenes Wohlbefinden“ verfügt und lässt jene Menschen zu Kranken werden, die diesen Faktor zeitweise nicht aufweisen. Dieses medizinische Verständnis von Gesundheit und Krankheit spiegelt sich ebenso in den hohen Zahlen psychischer Erkrankungen im Gesundheitsreport 2008 der Techniker Krankenkasse wieder. Dieser belegt, dass 2,5 Millionen erwerbsfähige Menschen zwischen 15 und 64 Jahren eine F-Diagnose, psychische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten, nach ICD 10 erhalten haben (Vgl. Techniker Krankenkasse, 2008, S.68f). Eine F-Diagnose zieht aufgrund medizinisch defizitärer Definitionen sowie der Zuweisung psychiatrischer Krankheiten eine Exklusion in sozialen Teilhabebereichen nach sich. Der dritte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung bestätigt den Ausschluss wie folgt: Von 8,6 Millionen Menschen mit Behinderungen sind 157.543 arbeitslos, 62% verfügen über einen Hauptschulabschluss und 63% der Menschen bestreiten ihr Einkommen aus Renten und Pensionen (Vgl. Bundesregierung, 2008, S. 158-164). Erst in Verbindung mit sozialen Phänomenen wie der Arbeitslosigkeit und der Armut entsteht eine Exklusion. Die Faktoren „Diagnose“ und „Armut“ verhalten sich in Wechselwirkung zueinander und erschweren den Zugang zur gleichberechtigten Teilhabe. Niklas Luhmann begründete den Begriff Exklusion ebenfalls als den Ausschluss aus we-

sentlichen sozialen Teilsystemen wie dem Arbeitsmarkt, dem Wohnungsmarkt, der Religion, dem Bildungssystem oder aus der familiären Einbindung (Vgl. Luhmann, 1995, in Stichweh, S. 1-5). Vor allem existieren Exklusionsfaktoren im Behandlungs- und Rehabilitationskontext. Professor Doktor Volkmar Aderhold fasst diese in seinem Vortrag „Die Zukunft der Gemeindepsychiatrie“ wie folgt zusammen. In der psychiatrischen Versorgung herrsche vorwiegend ein Institutionalismus. Immer mehr Menschen würden in stationären Milieus mit einer kürzeren Liegezeit behandelt und seien einer erhöhten Gefahr von stationärer Zwangsunterbringung– und Behandlung ausgesetzt. Zudem entstehe ein Drehtüreffekt, der bedingt sei durch die verkürzte Liegezeit der Patienten und die mangelnde Bereitschaft Professioneller zu Behandlungsverhandlungen mit den Betroffenen. Als Ausdruck therapeutischer Ohnmacht beschränken sich Therapieangebote oft auf pharmakologische Behandlungen. Die Zunahme der Polypharmazie und überhöhten Dosierungen bürge vermehrt Nebenwirkungen und führe zu gesundheitliche Schäden bis hin zu erhöhter Mortalität. Gemeindenahe psychiatrische ambulante Angebote in den Bereichen Wohnen, Arbeit, und Freizeit würden sich für die Betroffene in „Ghettos“ verwandeln, die wenige Ressourcen zur Verfügung stellen, um Hilfebedarfe abzudecken (Vgl. Aderhold, 2010). Diese Faktoren lassen den Schluss zu, dass der gesellschaftliche Umgang von Menschen mit Behinderungen systematisch mit Exklusion aus sozialen Bezugssystemen, struktureller Diskriminierungen und Barrieren beantwortet wird.

## 1.2 Entstehung und Inhalte

Um Menschen gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe, Diskriminierungsfreiheit und Achtung der menschlichen Würde und Integrität zu gewährleisten, haben die Vereinten Nationen 2006 die UN-Behindertenrechtskonvention verabschiedet. Die Behindertenrechtskonvention ist aus einem jahrzehntelangen politischen Diskurs der *independent living* Bewegung in den USA entstanden. Die in den siebziger Jahren entstandene Behindertenbewegung übte radikale Gesellschaftskritik hinsichtlich des Selbstverständnisses von wohlfahrtsstaatlichen Organisationen und deren entmündigende und diskriminierende Fürsorge. Da Fürsorge und Wohltätigkeit keinen Anspruch auf die Selbstbefähigung der Betroffenen zulässt, sollen Menschen mit Behinderung nicht länger Objekte karitativer Hilfe sein (Vgl. Schnabl, 2005, in Graumann, 2006, S. 8). Im Dezember 2006 kamen die Vereinten Nationen „der Anerkennung von Behinderung als Bestandteil menschlichen Lebens“ nach und verabschiedeten die UN-Behindertenrechtskonvention. Keine andere Menschenrechtskonvention fordert in dieser Form den Anspruch auf die Abkehr vom defizitorientierten medizinischen Modell, die Diskriminierungsfreiheit und die Gleichberechtigung in allen gesellschaftlichen Bereichen. Mit diesem Paradigmenwechsel wird Behinderung als soziales Konstrukt gesehen, dass erst durch gesellschaftliche Barrieren entsteht. So schreibt Claudio Kürten: „Behinderung entsteht nur dadurch, dass ich Anderes und mehr will, als ich kann, denn dann bewege ich mich

durch die Landschaft unserer Lebenswelt ohne passende Schuhe, stolpernd, geistig mich und Andere behindernd (Kürten in Dörner/Plog/Teller/Wendt, 2002, S. 67).“ Um die Selbstbefähigung des „uns behindernden Menschen“ zu gewährleisten, müssen gesellschaftliche Rahmenbedingungen geschaffen werden (Vgl. Graumann, 2011, S. 12-25).

### 1.2.1 Alleinstellungsmerkmal

Die Entstehung der UN-Behindertenrechtskonvention orientierte sich in ihrer Entstehung stark an den Menschenrechten. Diese verabschiedete die Generalversammlung der Vereinten Nationen 1948 mit dem Grundsatz: „Alle Menschen sind gleich an Rechten und Würde geboren“. Jedoch bestand der Grundsatz in der Umsetzung nicht für Menschen mit Behinderung und war nur auf dem Papier gültig. Zugleich wurden weiterführende Entwicklungen zur Ergänzung der Menschenrechte in den 1960er bis 1980er Jahren nicht im Blickwinkel der Barrierefreiheit für Menschen mit Behinderungen in verschiedenen Teilbereichen des Lebens, wie zum Beispiel baulicher, kommunikativer, sozialer und intellektueller Art geführt (Vgl. von Bernsdorf, 2007, in Schönwiese/Flieger, 2011, S. 13). Im Bezug auf Herkunft, Religiosität und Ethnizität wurde zu der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte eine Antidiskriminierungsklausel hinzugefügt. Weitere Ergänzungsverträge der Menschenrechte waren zum Beispiel der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte *International Convention on Economic, Social and Cultural Rights* (ICESCR) von 1966<sup>3</sup>, der österreichische Vertrag über politische und bürgerliche Rechte (1978), die Menschenrechtskonvention gegen Rassismus *Committee on the Elimination of Racial Discrimination (CERD)* von 1969 und die Konvention über die Rechte der Frau *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW)* von 1981. All jene Konventionen erwähnen den Schutz von Menschen mit Behinderung nicht explizit. Erst mit der Verabschiedung der Kinderrechtskonvention, *Convention on the Rights of the Child (CRC)* von 1989, werden Bedürfnisse von Kindern mit Behinderung im Artikel 23 Geltung verschafft. Als menschenrechtlicher Anspruch wird erstmals der Schutz, die Integration und Rehabilitation in Beruf, Schule und Gesundheitsversorgung festgehalten. Da keine der aufgeführten Konventionen die Rechte von Menschen mit Behinderung und deren Recht auf Barrierefreiheit explizit aufführt, wurden im Verlauf der Jahre Ergänzungsrechte aufgesetzt, die sich aber am medizinischen Modell von Behinde-

---

<sup>3</sup> *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, ICESCR, UN-Sozialpakt wurde 1973 von der Bundesrepublik Deutschland ratifiziert. Im Wesentlichen beinhaltet dieser die Diskriminierungsfreiheit in allen kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Belangen. Im Artikel 2.2 des ICESCR werden Gruppen aufgeführt, die einen stärkeren Schutz vor Diskriminierung bedürfen. Menschen mit Behinderung werden hierbei nicht aufgelistet.

rung orientierten (Vgl. ebenda, S. 13). Infolgedessen basieren die Konvention für Kriegsinvaliden, die Erklärung der Rechte von Menschen mit geistiger Behinderung, *declaration on the Rights of mentally retarded Persons*, 1971, und die Erklärung der Rechte von Menschen mit Behinderung, *Declaration on the Rights of Disabled Persons*, 1975, auf längst überholten, wohlfahrtsstaatlichen Behinderungsmodellen. Diese lassen keinen Rechtsanspruch auf Inklusion und Selbstbefähigung der Betroffenen zu. Auch der 1981 entstandenen *International Decade of disabled persons* mit den Forderungen von Chancengleichheit, Rehabilitation und Prävention kann ebenfalls nur ein integrativer Charakter zugerechnet werden. Die Herstellung von Chancengleichheit fordert zwar die Herstellung gesellschaftlicher Rahmenbezüge, jedoch lassen die Begriffe Rehabilitation und Prävention auf eine Integration des „defizitären“ Menschen in ein bestehendes Gesellschaftssystem schließen (Vgl. Graumann, 2011, S. 26ff.). Die verschiedenen Konventionen sind in ihrer Entstehung stark an gesellschaftliche Paradigmen und wissenschaftliche Modelle gebunden.

Die Überprüfung der Notwendigkeit einer Spezial-Konvention wurde 2001 von einem Ad-Hoc-Komitee der UN-Generalversammlung durchgeführt. Das Ad-Hoc-Komitee bestand aus Vertretern von Nicht-Regierungsorganisationen, nationalen Menschenrechtsinstitutionen und Organisationen von Behindertenverbänden. Diese verabschiedeten am 13.12.2006 in neun Verhandlungsrunden mit 192 UN-Mitgliedsstaaten die Konvention über Rechte von Menschen mit Behinderungen. Die Konvention wurde in Englisch, Russisch, Französisch, Spanisch, Arabisch und Chinesisch übersetzt. Eine barrierefreie Übertragung in Braille und leicht verständliche Sprache wurde erst nach Aufforderungen von Behindertenorganisationen erstellt. Sie umfasst in dreißig Artikeln Erklärungen und gilt als erstes völkerrechtliches Übereinkommen, dass einen nationalen Überwachungsmechanismus vorsieht (Vgl. Schulze, 2011, S. 11-15). Grundlegend sind alle Mitgliedsstaaten aufgefordert: „die volle und gleichberechtigte Ausübung aller Menschenrechte und Grundfreiheit durch alle Menschen mit Behinderung zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung ihrer angeborenen Würde zu fördern (Artikel 1, CRPD).“

### **1.2.2 Inhaltliche Reichweiten**

Die UN-BRK wird durch die Präambeln a bis y eingeleitet und gilt in ihren Ausführungen hinsichtlich der Freiheit, Gerechtigkeit, Gleichberechtigung und der Würde von Menschen mit Behinderungen als Erweiterung der Allgemeinen Menschenrechte. Im Folgenden werden die Grundsätze und Inhalte mit Hilfe der nach Wiener Vertragsrechtskonvention abgestimmten deutschsprachigen Interpretation erläutert. Da die deutschsprachige Übersetzung mehrfach von Behindertenverbänden kritisiert wurde und nicht als authentische Sprachfassung gilt, wird für die weitere Analyse zusätzlich die Schattenübersetzung des Netzwerks Artikel 3 e.V. und die englischsprachige Fassung zur Interpretation genutzt (Vgl. Aichele in BGT e.V., 2010, S. 41).

### 1.2.2.1 Grundsätze

Die inhärente Menschenwürde wird zu Beginn im Artikel 1 der *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (CRDP) gewählt. Mit der Formulierung: „All human beings are born free and equal in dignity and rights“ wird der normative Grundsatz des Menschenrechtsschutzes ohne Beachtung von Unterscheidungen erfasst. In ihr werden weder nationale, religiöse und kulturelle Unterscheidungen definiert, noch eine medizinisch-defizitäre Definition von Behinderung festgelegt. Unter Menschen mit Behinderung werden Personen verstanden, „die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren ihre volle und wirksame Teilhabe gleichberechtigt mit anderen an der Gesellschaft behindern können“ (Art. 1, Netzwerk Artikel 3 e.V.).“

In dieser Formulierung wird die Abkehr vom Defizit-Ansatz zum Diversity-Ansatz deutlich. Behinderung wird als gesellschaftliches Phänomen definiert, dass in Wechselwirkung mit verschiedensten umweltbezogenen Barrieren (impairments) entsteht (Vgl. Bielefeldt, 2009, S. 8ff.). In den ersten Entwürfen der Konvention wurde Behinderung mit Hilfe des medizinischen Modelles definiert. Erst nach Protesten und Einflussnahme von Behindertenorganisationen wurde, mit Hilfe des biopsychosozialen Modells der WHO, Behinderung multiperspektivisch betrachtet (Vgl. Graumann, 2011, S. 40).

Ebenso wird in der Präambel e Behinderung nicht in Verbindung mit gesellschaftlichen Normen definiert: „Recognizing that disability is an evolving concept and that disability results from the interaction between persons with impairments and attitudinal and environmental barriers that hinders their full and effective participation in society on an equal basis with others (Präambel e, CRPD).“

Eine weitere Definition von Behinderung wurde nicht vorgenommen, sondern eine nähere Beschreibung von Barrieren. Als Barrieren werden bauliche Hürden, Exklusionsfaktoren (Vgl. 1.1), Umwelthindernisse und Einstellungen (attitudinal barriers) benannt (Vgl. Schulze in Schönwiese/ Flieger, 2011, S. 11-17). Im Artikel 2 der CRPD werden eine umfassende Definition von Diskriminierung und Vorgaben zur Beseitigung kommunikativer Barrieren erfasst. Dabei sollen Assistenzformen von Kommunikation erschaffen werden, welche unabhängig von der Brailleschrift und Gebärdensprache schriftliche Dokumente in leichter Sprache verständlich machen (Bielefeldt, 2009, S. 9). Ebenso wird eine Antidiskriminierungsklausel manifestiert: „Discrimination on the basis of disability means any distinction, exclusion or restriction on the basis of disability which has to purpose or effect of impairing or nullifying the recognition, enjoyment or exercise, on an equal basis with others, of all human rights and fundamental freedoms in political, economic, social, cultural, civil or any other field. It includes all forms of discrimination, including the denial of reasonable accommodation (Art. 2 Abs. 3, CRPD).“ Um Diskriminierung zu verhindern müssen angemessene Vorkehrungen auf allen sozialpolitischen Ebenen und die Anpassung von Wohlfahrtsrechten geschaffen werden. Fördermaßnahmen sollen sich am Begriff der angemessenen Vorkehrungen (reasonable accomodation) orientieren, wobei der Nutzer autonom über seine Einwilligung oder Ablehnung entscheiden kann (Vgl. Präambel n, CRPD). Materielle und soziale Ausgrenzungen durch behindertenpolitische Entscheidungen sowie die Bevormundung durch paterna-

listische therapeutische, pädagogische und behördliche Förder- und Rehabilitationsmaßnahmen kommen somit in Kritik (Vgl. Graumann, 2011, S. 43). Diskriminierung vollzieht sich auf mehreren Ebenen und umfasst Merkmale wie Geschlecht und Herkunft. So wird beispielsweise der Schutz vor Mehrfachdiskriminierung von behinderten Frauen und Mädchen eingefordert, da diese doppelt häufig von sexuellen Übergriffen und Gewalt im Rahmen einer Therapie betroffen sind als Männer (Vgl. Präambel p und s, CPRD). Ebenso wird der Schutz von Kindern in der Präambel r gesondert hervorgehoben (Vgl. Graumann, 2011, S. 50f.).

Im Artikel 3 werden die allgemeinen Grundsätze der Konvention wie folgt aufgeführt: Respekt vor der Würde und Selbstbestimmung, Nicht-Diskriminierung, Inklusion und Partizipation im Sinne einer effektiven Teilhabe, Achtung vor der Differenz und Akzeptanz als Teil menschlicher Verschiedenheit, Chancengleichheit, Barrierefreiheit, Gleichheit zwischen Männern und Frauen sowie der Respekt vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen. Mit der Manifestierung des Artikel 4 „Allgemeine Verpflichtungen“ werden die Grundsätze als Verbindlichkeiten für Vertragsstaaten zum politischen Auftrag (Vgl. Graumann, 2011, S. 35f.). Rechtskörper und Institutionen müssen Diskriminierungen abbauen und bestehende Gesetze, Verordnungen und Verwaltungspraktiken auf ihre Konformität prüfen (Vgl. Bielefeldt, 2009, S. 4f.). Demzufolge müssen die defizitorientierten Begriffsbestimmungen von Behinderung in der Sozialgesetzgebung und die Voraussetzungen in sozialen Dienstleistungen reformiert werden (Vgl. Graumann, 2011, S. 42). Die Wertschätzung von Menschen mit Behinderung wird stärker in den Blick geraten und regt zur Entwicklung einer humaneren Gesellschaft an. Professor Dr. Heiner Bielefeldt, Leiter des Deutschen Instituts für Menschenrechte, erläutert diese Argumentation wie folgt: „Indem sie Menschen mit Behinderung davon befreit, sich selbst als defizitär zu sehen, befreit sie zugleich die Gesellschaft von einer falsch verstandenen Gesundheitsfixierung, durch die all diejenigen an den Rand gedrängt werden, die den durch Werbewirtschaft und Biopolitik vorangetriebenen Imperativen von Fitness, Jugendlichkeit und permanenter Leistungsfähigkeit nicht Genüge tun (Bielefeldt, 2006, S. 15).“ Somit trägt die UN-Behindertenrechtskonvention in ihren Ausführungen wesentlich zum Schutz vor staatlichen Bewertungsmustern bei, denen wir täglich in medialer, kultureller und sozialer Form ausgesetzt sind. Die Vertragsstaaten sind durch den Artikel 8, Absatz 1 der CRPD verpflichtet, Maßnahmen auf allen Ebenen zu gestalten und die Wertschätzung von Menschen mit Behinderungen zu stärken. Prozesse des Labeling Approach, die durch die Verinnerlichung gesellschaftlich zugeschriebener Stigmata eine Verhinderung der Selbstbefähigung von Betroffenen zur Folge hat, sollten infolgedessen inhibiert werden (Vgl. Keupp, 1987, in Quindel, 2005, S.20). Der Blick wird im Gegenteil auf eine defizitäre Gesellschaft gerichtet, die dem Individuum durch Bewertungsmuster und Barrieren eine Selbstverwirklichung verwehrt (Vgl. Graumann, 2011, S. 40). Aus dem Begriff „Mensch mit Behinderung“ wird nun der Mensch in einer behindernden Gesellschaft oder wie Klaus Dörner formulierte „der uns behindernde Mensch“ (Vgl. Dörner et al. 2004, S. 67).

### ***1.2.2.2 Weiterentwicklungen von Menschenrechten***

Die UN-BRK fordert bereits im ersten Artikel eine Abkehr vom Defizit-Modell zu dem Diversity-Ansatz von Behinderung, eine Inklusion anstatt Integration und eine Unterstützung zur Selbstbefähigung anstelle der paternalistischen Fürsorge im Gesundheitswesen. Die nachfolgenden Artikel sind Weiterentwicklungen der Menschenrechte und werden in Personenschutz-, Selbstbestimmungs-, politische, Freiheits-, wirtschaftliche, soziale, kulturelle und Gesundheitsrechte, sowie in das Recht auf freie Wahl der Wohnmöglichkeit eingeteilt. Ergänzend werden Ausblicke zu Veränderungen von bestehenden behindertenpolitischen Wohlfahrtsrechten in der BRD gegeben.

#### **Personenschutzrechte:**

Die Personenschutzrechte umfassen das Recht auf Leben (Vgl. Artikel 10, CRPD), die Freiheit von Folter und erniedrigender Behandlung (Art. 15, CRPD), von Ausbeutung, von Gewalt und Missbrauch (Vgl. Art. 16, CRPD) sowie den Schutz der Unversehrtheit der Person in den Artikeln 14-17 der CRPD (Vgl. Schulze in Schönwiese/ Flieger, 2011, S. 18 ff.). Dabei haben die Vertragsstaaten bewusst in den Formulierungen eine nahe Anlehnung an die Menschenrechte von 1948 gewählt. Explizit der Artikel 15 der CRPD „Freiheit von Folter, grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe wird im folgenden 2. Kapitel eine zentrale Rolle einnehmen (Vgl. 2.3.3). Da Menschen mit Behinderung einer erhöhten Gefährdung von „erniedrigender“ Behandlung in Heimen und Anstalten ausgesetzt sind: „People with disabilities are at their most vulnerable in institutional settings. Lax law enforcement and the relative absence of champions beyond the walls of existing institution compound their vulnerability (OHCHR/ United Nations, 2002, in Graumann, S. 54).“ Um Zwangseinweisungen und -behandlungen aufgrund von Behinderung abzuwenden, müssen die Vertragsstaaten zum Schutz effektive, administrative gesetzliche Maßnahmen ergreifen. Speziell die Unterbringung nach BGB und den psychiatrischen Krankengesetzen der Länder in ihren praktischen Ausführungen geraten aktuell auf wissenschaftlichen und politischen Ebenen in kritische Diskussion und Prüfung (Vgl. Graumann, 2011, S. 54ff.). Diese werden im Punkt 2.3.2 in ihren Verfahrensweisen und Verhältnismäßigkeiten kritisch analysiert sowie Maßnahmen zur Abwendung aufgezeigt.

Weitere Personenschutzrechte werden jenen Menschen mit Behinderungen angetragen, die sich in Entwicklungsländern befinden (Vgl. Präambel y, CRPD). Ihnen sollen eine Verbesserung der Lebenssituation und Schutzmaßnahmen in humanitären Notfällen zukommen (Vgl. Art. 11, CPRD).

#### **Selbstbestimmungsrechte:**

In Hinblick auf die zentralen Fragestellungen ist der Artikel 12 „Gleiche Anerkennung vor dem Recht“ von hoher Relevanz. Der Artikel 12 löste eine Vielzahl von Diskussionen bei der Übernahme durch einzelne Vertragsstaaten aus, da ihn diese lediglich mit der Formu-



lierung „Träger von Rechten und Pflichten“ übersetzen und übernehmen wollten (Vgl. Aichele in BGT. e.V., 2011, S. 40-49). Diese Formulierung würde die gleichberechtigte Anerkennung vor dem Recht im Hinblick auf die Ausübung von Rechts- und Geschäftsfähigkeit bei Menschen mit Behinderung ausschließen. Auch wurde nach einer Prüfung der Anerkennung als Rechtssubjekt des Ad-Hoc-Komitees die traurige Realität festgestellt, dass in einigen Ländern nicht nur Menschen mit kognitiven, intellektuellen und psychosozialen Beeinträchtigungen die Geschäftsfähigkeit abgesprochen worden ist, sondern auch Gehörlosen und Blinden. Um diesen Aspekt zu unterbinden wurde der Artikel wie folgt formuliert:

- (1) Die Vertragsstaaten bekräftigen, dass Menschen mit Behinderungen das Recht haben, überall als Rechtssubjekt anerkannt zu werden.
- (2) Die Vertragsstaaten erkennen an, dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen.
- (3) Die Vertragsstaaten treffen geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen (Art. 12, Abs. 1-3, CRPD).

Uneingeschränkt einer Beeinträchtigung sollen alle Menschen die volle Anerkennung von Rechts- und Handlungsfähigkeit (legal capacity) erhalten. Um die Betroffenen in der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit zu unterstützen, müssen die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen ergreifen. Die Formulierung „Unterstützung“ erfordert eine radikale Abkehr von Entmündigung und Bevormundung. In Folge dessen soll eine rechtliche Assistenz (supported decision making), statt einer rechtlichen Stellvertretung, Menschen in die Lage versetzen, rechtlich verantwortlich zu handeln. Die rechtliche Assistenz sollte, frei von Interessenskonflikten, in ihrer Anwendung so kurz wie möglich erfolgen und streng überwacht werden (Vgl. Aichele in BGT. e.V., 2011, S. 40-49). Mit diesem Artikel steht das Betreuungsrecht und die praktischen Ausführungen des Einwilligungsvorbehaltes nach § 1903 BGB auf dem Prüfstand, da die Ausübung der Geschäfts- und Handlungsfähigkeit von Betroffenen durch Stellvertretung des rechtlichen Betreuers eingeschränkt wird (Vgl. Graumann, 2011, S. 58). Der Artikel 12 gilt somit als weiterer zentraler Ausgangspunkt für die Analyse der praktischen Durchführung und Umsetzung des betreuungsrechtlichen Handelns (Vgl. Punkt 2.1, 2.3.1).

Weitere Angelegenheiten zu Selbstbestimmungsrechten formuliert der Artikel 19 „Selbstbestimmt leben und die Einbeziehung in die Gemeinschaft“ (Vgl. Art. 19, Netzwerk Artikel 3 e.V.) mit den impliziten Forderungen nach persönlicher Assistenz (Artikel 9, CRPD) im Bereich des selbstbestimmten Wohnens und nach dem Recht auf politische Entscheidungsprozesse.

### Politische Rechte:

Mit den politischen Rechten fordert die UN-BRK, dass sich Behindertenorganisationen zusammenschließen und Einfluss nehmen hinsichtlich der Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen auf regionaler, kommunaler, nationaler und internationaler politischer Ebene (Vgl. Art. 4 u. 29 b, CRPD).

### Freiheitsrechte und Recht auf Familie:

Im Artikel 20 werden die Gewährung und Förderung der persönlichen Mobilität sowie Freiheits- und Sicherheitsrechte manifestiert. Der Artikel 21 legt das Recht auf freie Meinungsäußerung, Meinungsfreiheit und Zugang zu Informationen fest. Der Artikel 23 schreibt die Achtung der Familie und Wohnung vor. Menschen mit Behinderung sollen Unterstützungen im Bezug auf Familiengründung und Heirat erhalten und haben somit ein Recht auf Fertilität (Vgl. Art. 21, Abs. 1, CRPD). Gesetzgebungen zur Sterilisation von Menschen mit Behinderungen müssen umgehend in ihren Voraussetzungen überprüft werden. Menschen mit Behinderung haben ein Anrecht auf geeignete Unterstützung zur Erziehung ihrer Kinder. Weiterhin dürfen Kinder nicht gegen den Willen ihrer Eltern von Jugendämtern und Vormundschaftsgerichten in Obhut genommen werden nur weil die Eltern als „behindert“ gelten. Des Weiteren haben Kinder mit Behinderung das Recht auf Nationalität und die Registrierung bei ihrer Geburt (Vgl. Artikel 7, CRPD).

Die Achtung der Privatsphäre erhebt den Anspruch, dass Menschen mit Behinderungen ein umfassender Schutz des Brief- und Fernmeldegeheimnisses zukommt. Im Kontext einer medizinischen Behandlung und Rehabilitation muss die Vertraulichkeiten von Informationen gewährt werden (Vgl. Artikel 22 u. 23, CPRD).

### Wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte:

Die vier Grundpfeiler der Inklusion von Menschen mit Behinderung sind Bildung, Gesundheitsversorgung, Arbeit und sozialer Schutz. Wie im Punkt 1.1 erwähnt, leben die meisten Betroffenen aber in einer existenziell unsicheren Lage, verfügen oft nur über einen niedrig qualifizierten Schulabschluss und erleben eine berufliche Segregation in Form von Behindertenwerkstätten oder beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen. Im Hinblick auf diese Aspekte müssen die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen zur Chancengleichheit im Bereich der Erwerbsfähigkeit ergreifen, um die soziale und materielle Existenz sowie die staatliche Unterstützung und Zugänge zur Rente zu sichern (Vgl. Graumann, 2011, S. 63-66). Diese Forderungen implizieren ebenso den Bildungsbereich. Menschen mit Behinderung müssen ein Anrecht auf einen gleichberechtigten Zugang in der Schulbildung genießen. Dies fordert eine Umorientierung der Dreigliedrigkeit des deutschen Schulsystems (Vgl. Artikel 24, CPRD) (Vgl. Schulze in Flieger/ Schönwiese, 2011, S. 18 ff.).

### Recht auf Wohnung:

Menschen mit Behinderung sollen sich Wohnmöglichkeiten frei auswählen können. Dabei sollen die Betroffenen eine persönliche Assistenz zur Unterstützung der freien Gestaltung ihres Lebens erhalten. Eine Zwangsinstitutionalisierung in Form der Unterbringung von Betroffenen in Heimen oder Anstalten aufgrund von Kostenvorbehaltsregelungen und Einsparungen sind mit dem Artikel 19 der CRPD nicht konventionskonform.

### Gesundheitsrechte:

Die Gesundheitsrechte umfassen den Schutz eines diskriminierungsfreien Zugangs zu allen Gesundheitseinrichtungen und Dienstleistungen (Artikel 25, CRPD). Dabei wird ausdrücklich im Artikel 26 das Anrecht auf Rehabilitation im Bereich Bildung und Beschäftigung hervorgehoben (Vgl. Graumann, 2011, S. 70-73).

## **1.3 Innerstaatliche Umsetzung der UN-BRK**

Die UN-BRK manifestiert verbindliche Ziel- und Förderpflichten zur Sicherung der Rechte von Menschen mit Behinderung. Um die Umsetzung in den Vertragsstaaten zu garantieren, wurden Überwachungsmechanismen eingerichtet. Im folgenden Abschnitt wird deren Inhalt und Funktionalität vorgestellt und die gesetzliche Konsolidierung in Form des Fakultativprotokolls näher beschrieben. Ergänzend werden Handlungsleitlinien von Betroffeneninitiativen vorgestellt, welche den Anspruch auf Novellierungen wohlfahrtsstaatlicher Gesetze in ihren praktischen Ausführungen im Sinne der UN-BRK erheben. Als letzter Punkt wird die Umsetzung der UN-BRK in Form des Aktionsplans des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vorgestellt.

### **1.3.1 Durchführungsbestimmungen**

Die UN-BRK bringt in einem Fakultativprotokoll subjektiv einklagbare Ansprüche in Form von 18 zusätzlichen Artikeln ein. Mit der Ratifizierung verpflichten sich die Vertragsstaaten einen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK zu erstellen und dem unabhängigen Sachverständigenausschuss der Vereinten Nationen, *Committee on the rights of persons with disabilities*, vorzulegen. Eine Evaluation des Aktionsplanes muss nach der Ratifizierung alle vier Jahre erfolgen.

In dem Fakultativprotokoll wird die Umsetzung durch staatliche Kontrollmechanismen in Form von staatlichen Anlaufstellen (Focal points) und unabhängigen Überwachungsstellen (Monitoringstellen) geregelt. Auf der internationalen und nationalen Ebene herrschen folgende Überwachungs- und Durchsetzungsmechanismen:

Um Menschen mit Behinderung vor Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch zu schützen, wird auf der Bundes- und Landesebene eine Stabsstelle in jedem Ministerium angesiedelt (Vgl. Aichele, 2009, S. 7ff). Die sogenannten „Focal points“ sind Verantwortungsträger innerhalb der Regierung, um die Umsetzung der UN-BRK anzuleiten und darüber Bericht zu erstatten (Vgl. Artikel 33, Abs. 1 CRPD). In Deutschland sind der Behindertenbeauftragte zur Koordinierung und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zur Umsetzung verpflichtet (Vgl. Lipp in BGT e.V., 2011, S. 28). Zudem sollen Behindertenorganisationen als Zivilgesellschaft an politischen Entscheidungen, deren Einhaltung und Umsetzung als Überwachungsmechanismus mitwirken (Vgl. Art. 33, Abs. 3, Artikel 34 CRPD).

Die Monitoringstellen fungieren unabhängig von der Regierung und überprüfen die Einhaltung der Rechte von Menschen mit Behinderung (Vgl. Schulze in Schönwiese/ Flieger, 2011, S.18-25). So übernimmt beispielsweise das Deutsche Institut für Menschenrechte Monitoringaufgaben, indem es Öffentlichkeitsarbeit bezüglich der Rechte von Menschen mit Behinderung betreibt, Beschwerden entgegennimmt und Politiker berät. Bei Verletzungen der Konventionen in Form von Beschwerden, menschenrechtsverletzenden Gesetzen und Gesetzesentwürfen kann das Institut unabhängig von den Focal Points Stellung nehmen und an internationale Sachverständigenausschüsse weiterleiten. Bei Individualbeschwerden können sich Personen oder Behindertenorganisationen an den UN-Fachausschuss in Genf wenden, da dieser zur Umsetzung in Deutschland als internationaler Kontrollausschuss amtiert (Vgl. Aichele, 2009, S.10f). Jedoch erlässt der Fachausschuss erst dann Empfehlungen für den Vertragsstaat, wenn alle innerstaatlichen Rechtsbehelfe gemäß eines Schlichtungs- oder Gerichtsverfahren ausgeschöpft sind (Vgl. Artikel 1-5, Fakultativprotokoll der CRPD).

### **1.3.2 Forderung von Betroffeneninitiativen**

Behindertenorganisationen haben im Vorfeld der Ratifizierung der Konventionen und der Erstellung des Aktionsplanes auf verschiedenen Fachkongressen Einfluss genommen und Forderungen zur Umsetzung gestellt. Unter Einbeziehung von 22 Behindertenverbänden konnte die Kampagne „Alle Inklusive“ mit dem Slogan „Nichts über uns, ohne uns!“ dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales nach 8 Fachkonferenzen Handlungsleitlinien zur Umsetzung überreichen (Vgl. Lohmann, 2009).

Gerade Psychiatriebetroffene haben durch Selbstorganisation politisch Einfluss genommen. Die WPA (World Psychiatric Association) beeinflusste als Zusammenschluss in internationalen und nationalen Netzwerken Entscheidungsprozesse unabhängig von professionellen Verbänden auf europäischer und nationalpolitischer Ebene (Vgl. Talbot, 2010, in Halmi et al, S. 7-24). Internationale Netzwerke, wie das Weltnetzwerk von Psychiatriebetroffenen, Mind Freedom International, Globale Allianz sowie das Europäische Netz-

werk stellten bereits seit 1991 Forderungen im Sinne der UN-BRK.<sup>4</sup> Ihre Forderungen beinhaltet die Achtung der Würde, Anerkennung der Rechts- und Handlungsfähigkeit, Selbstbestimmung in allen Lebensbereichen und Diskriminierungsfreiheit:

Dazu gehört beispielsweise die Bekämpfung aller Formen gesellschaftlicher Diskriminierung, die Stärkung der rechtlichen Position von Menschen in psychiatrischen Behandlungen, die Durchsetzung von rechtswirksamen Voraussetzungen, wie die psychiatrische Patientenverfügung und das psychiatrische Testament, das Recht auf Arbeit, angemessenen Lohn und Wohnraum (Vgl. Bach-Jensen, 2011). Im Rahmen der Kampagne „Alle Inklusive“ hat der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. folgende Forderungen als Handlungsleitlinien formuliert. Sie enthielten die Gleichberechtigung in Schul-, Bildungs-, Gesundheits- und Rehabilitationspolitik, einen eigenständigen Aktionsplan zur Gleichstellung und zum Schutz von Frauen, Barrierefreiheit in sozialen, materiellen und beruflichen Bereichen, die Selbstbestimmung des Lebens durch Schaffung eines vermögensunabhängigen Teilhabegesetzes und persönlicher Assistenz (Vgl. Lohmann, 2009). Insbesondere bekräftigte die Vorsitzende des Bundesverbandes Psychiatrie Erfahrener e.V., Frau Doris Steenken, einen legislativen Handlungsbedarf im Bereich der Freiheits- und Schutzrechte von Menschen mit psychiatrischer Diagnose. Auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) am 26.11.2009 argumentierte Sie: „Jeder Mensch mit Behinderung hat gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen Unversehrtheit (Steenken, 2009).“ Die Unterbringungsgesetze der Länder und der § 1906 BGB sollen in ihren Voraussetzungen geprüft und evaluiert werden. Diese stellen sowohl eine Freiheitsberaubung, als auch eine Verletzung der menschlichen Würde, Integrität und Unversehrtheit dar und verletzen in ihrer Umsetzung die Artikel 5 und 14 der CRPD, „Gleichberechtigung und Freiheit der Person“. Gesetze zum Schutz von Eigen- und Fremdgefährdung sollen für alle Menschen gelten und nicht nur für Menschen mit psychiatrischer Diagnose. Es müssen gleiche Behandlungsgrundsätze in der Psychiatrie, wie in der somatischen Medizin geschaffen werden, so dass jeder Mensch selbstbestimmt über seine Behandlungseinwilligung und -ablehnung entscheidet. Diese Entscheidung darf nicht aufgrund einer Infragestellung oder Leugnung der Willensfähigkeit eingeschränkt werden. Jeder Mensch hat unabhängig von der Diagnose das Recht auf Krankheit und ist für seine

---

<sup>4</sup> Das Europäische Netzwerk agiert mit 39 Delegierten aus Großbritannien, Skandinavien, den Benelux-Staaten, Deutschland, Österreich, Schweiz, Frankreich, Italien, Griechenland und Polen. Neben den genannten Forderungen betreiben die Organisationen Forschungen und Öffentlichkeitsarbeit hinsichtlich der schädlichen Auswirkungen von Psychopharmaka und Elektroschockbehandlungen (Vgl. Bach-Jensen, 2011).

Gesundheit eigenverantwortlich. Des Weiteren verlangt Frau Steenken im Namen des Bundesverbandes von der Bundesregierung folgende Maßnahmen zu evaluieren:

Das Betreuungsrecht soll im Hinblick auf die Konventionskonformität des § 1903 BGB „Einwilligungsvorbehalt“ mit dem Artikel 12 „Gleiche Anerkennung vor dem Recht“ sowie dem Artikel 13 „Zugang zur Justiz“ überprüft werden. Die Forderung zur Kontrolle und Evaluation des Betreuungsrechtes hinsichtlich der Voraussetzungen und praktischen Anwendungen des § 104 BGB „Geschäftsunfähigkeit“, § 105 BGB „Nichtigkeit der Willenserklärung“, § 1986 BGB „Voraussetzung einer Betreuung“, § 1902 BGB „Vertretung des Betreuten“ und des § 1903 BGB, forderte ebenfalls der Präsident von „Inclusion International“, aller Vereinigungen für Menschen mit geistiger Behinderung, Klaus Lachwitz. Es sollten Modelle zur rechtlichen Assistenz entwickelt werden, die im Lichte der UN-BRK Menschen mit Behinderung zur rechtlichen Handlungsfähigkeit unterstützen und nicht stellvertreten (Vgl. Ewers/Zinke, 2011). Insgesamt solle die Anwendung von Zwangsbehandlungen im Rahmen des § 1904 BGB und unterbringungsähnlicher Maßnahmen im Rahmen des § 1906 BGB anhand des Art.15 „Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe“, sowie die rechtliche Betreuung im Sinne des Artikels 16 „Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch“ sowie des Artikels 22 „Achtung der Privatsphäre“ kritisch überprüft werden (Vgl. Steenken, 2009). Ähnliche Forderungen wurden auf Bundestageebene von den Fraktionen „die Linke“ und „Bündnis 90 die Grünen“ ersucht.

### **1.3.3 Der Aktionsplan der Bundesregierung**

Zwei Jahre nach der Ratifizierung 2009 und nach starkem Drängen der Behindertenorganisationen hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales den nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK herausgegeben. Unter Einbeziehung zahlreicher Behindertenverbände wurde dieser partizipativ in seinen Entwürfen konstruiert. Mit dem Titel „Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft“ werden auf 236 Seiten Handlungsmaßnahmen zur gleichberechtigten Teilhabe in den Bereichen Arbeit, Bildung, Kultur, Wohnen und Gesundheit beschrieben (Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011, S. 3-30).

Im Vorwort schildert Frau von der Leyen die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in der Bundesrepublik. Es folgen die Beschreibung der Termini „Inklusion“, „Partizipation“, „Diversity-Ansatz“ und „Empowerment“ sowie der Maßnahmenkatalog in den oben genannten Handlungsfeldern. Es sollen beschäftigungspolitische Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation von Menschen mit Behinderung ergriffen werden. Mittels Vermittlung, Beratung, Berufsorientierung und Ausbildung sowie beruflicher Rehabilitation sollen diese in ein stabiles Beschäftigungsverhältnis gebracht werden. Ebenfalls würden die „Werkstätten für behinderte Menschen“ zu „Integration“ und beruflicher Teil-

habe beitragen (Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011, S. 35-45). Darüber hinaus sollen Gleichberechtigung und Partizipation in den Bereichen der Bildung, Schule, Hochschule, die Verbesserungen von Prävention und Rehabilitation im Gesundheitsbereich und der Pflege, die Förderung von Kindern, Jugendlichen, Familie und Partnerschaften und die Gleichstellung von Frauen, die Verbesserung der Mobilität, Wohnstrukturen, Kultur und Freizeit durch gezielte Maßnahmen im Handlungskatalog gefördert werden. Da eine ausführliche Darstellung des Aktionsplans der Bundesregierung im Hinblick auf die vorliegenden Fragestellungen nicht erforderlich ist, werden lediglich die Freiheits- und Persönlichkeitsrechte und die dazugehörigen bundespolitischen Interventionen ausführlicher erläutert.

Im Rahmen des Abschnittes von Freiheits- und Persönlichkeitsrechten wird auf die Artikel 12, 13 und 14 der UN-BRK Bezug genommen. Menschen mit Behinderungen sind rechts- und handlungsfähig und haben freien Zugang zur Justiz. Erst wenn eine Person aufgrund mangelnder Willensbildung nach § 104 BGB ihre rechtlichen Angelegenheiten nicht oder nur teilweise erledigen kann, dürfen als geeignete Maßnahme zur Gleichberechtigung rechtliche BetreuerInnen bestellt werden. In dem Aktionsplan wird darauf hingewiesen, dass die rechtliche Betreuung einen massiven Eingriff in die Persönlichkeitsrechte darstellt und nur als Ultima Ratio im Hilfeprozess angewendet werden darf. Darum sollten Betreuungsbehörden im Rahmen der Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit vorrangig Hilfen zur Betreuungsvermeidung ermitteln (Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011, S. 88ff.). In diesen Zusammenhang werden ebenso Maßnahmen zur Freiheitsentziehung von Menschen mit Behinderung, deren Voraussetzungen und Berechtigungen auseinandergesetzt. Eine Zwangsunterbringung dürfte nur erfolgen, wenn eine erhebliche Selbstgefährdung der betreuten Person vorliegt oder eine Unterbringung aus medizinischen Gründen notwendig ist, um eine drohende schwerwiegende gesundheitliche Schädigung abzuwenden (Vgl. §1906 Absatz 1 BGB). Dabei sollten freiheitsentziehende Maßnahmen immer nur als letztes Mittel eingesetzt werden. Die Unterbringung nach den Landesgesetzen über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke aufgrund von Selbst- und Fremdgefährdung von Menschen mit psychiatrischer Diagnose und dem § 63 des Strafgesetzbuchs (StGB) wird scheinbar ohne Veränderung als „geeignete Maßnahme“ zur Wiederherstellung der Gleichberechtigung von Betroffenen deklariert (Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, S. 92f). Jedoch fordert die Bundesregierung in dem Maßnahmenkatalog gemäß § 137 SGB V eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung von psychiatrischen Kliniken hinsichtlich Behandlung, Anwendung von Zwangsmaßnahmen und Zufriedenheitsstudien von PatientInnen ein.

Geeignete Maßnahmen zur Verwirklichung von Persönlichkeitsrechten in Form des Betreuungsrechtes werden wie folgt aufgeführt: Zur strukturellen Verbesserung des Betreuungsrechtes sollen sich interdisziplinäre Arbeitsgruppen mit praktischen Problemen in

der Ausführung beschäftigen. Neben der Erstellung von niedrigschwelligen Broschüren zum Thema Betreuung und Veranstaltungen für ehrenamtliche BetreuerInnen werden RichterInnen in Fortbildungen zum Thema UN-BRK aufgeklärt. Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe soll sich bis 2013 mit der Evaluation des Betreuungsverfahrens, der Einführung des Beschwerderechtes für Menschen mit Behinderung und der kritischen Überprüfung von Unterbringungsgesetzen befassen (Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011, S.194-198).

Entgegen der Forderungen und Entwurfsvorlagen von Behindertenorganisationen zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention hat die Bundesregierung bis heute keine Veränderungen der bestehenden Unterbringungsgesetze vorgenommen. So erfolgte berechtigte Kritik und die Forderungen nach einer korrigierten Auflage des Aktionsplanes von der Vorsitzenden des Behindertenrats: „Zudem finden sich die Forderungen des Deutschen Behindertenrat nur unzureichend im Aktionsplan wieder. Insbesondere im legislativen Bereich und bei konkreten Maßnahmen ist der Aktionsplan völlig unzureichend. Es handelt sich schließlich um einen Plan der Bundesregierung für die nächsten 10 Jahre und lediglich ca. 5 Prozent der Maßnahmen beziehen sich auf Gesetzesänderungen. Das heißt im Umkehrschluss, die Bundesregierung sieht im Prinzip keinen legislativen Bedarf, um die Menschenrechte in Deutschland umzusetzen (Vieweg in Puschke, 2011).“ Ebenso kritisch äußerte sich die Bundesvorsitzende des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V.: „Die Persönlichkeitsrechte wurden ganz hinten angestellt und waren so schwammig formuliert, dass man sie vom Inhalt her genau in das entgegengesetzte interpretieren könnte. Der Staatenbericht, der nun mittlerweile auch vorliegt, ist genauso schwammig formuliert und darin werden alle Zwangsmaßnahmen der Psychiatrie schöngeredet. Laut Staatenbericht gibt es keine Missstände im psychiatrischen System (Steenken, 2009).“

## 1.4 Kritische Würdigung

Wie im Einführungskapitel beschrieben wurde, leben Menschen mit psychiatrischer Diagnose mit einer Vielzahl von sozial exkludierenden Faktoren, die Arbeit, Wohnen und Einkommen betreffen und die sie an einer vollständigen gesellschaftlichen Partizipation und Inklusion hindern. Zusätzlich kann durch rechtliche Bestimmungen ihre Behandlung und Unterbringung in psychiatrischen Kliniken gegen ihren Willen veranlasst werden.

Durch die UN-BRK und deren Ratifizierung wird das innerstaatliche Recht auf Chancengleichheit, Barrierefreiheit und Gleichberechtigung von Menschen mit psychiatrischer Diagnose in allen Lebensbereichen garantiert. Mit der Manifestation der Personenschutz-, Selbstbestimmungs-, politischen-, Freiheits-, wirtschaftlichen-, sozialen-, kulturellen und Gesundheitsrechte sowie dem Recht auf freie Wahl der Wohnmöglichkeit müsste sich die Bundesregierung verpflichten, Veränderungen in den bestehenden behindertenpolitischen Wohlfahrtsrechten vorzunehmen, um den Zielstellungen und dem Paradigmenwechsel der UN-BRK gerecht zu werden. Jedoch wurde die englischsprachige Konvention durch die mit der „Wiener Vertragsrechtskonvention abgestimmten deutschsprachigen Interpretation“ defizitär übersetzt und auf die bestehende Wohlfahrtsgesetze unzureichend angewandt. So wurde beispielsweise vielfach Inklusion mit Integration, Barriere-frei mit leicht zugäng-



lich, Förderung mit Erleichterungen, persönliche Assistenz mit Hilfen und Selbstbestimmung mit Unabhängigkeit übersetzt, so dass die Grundsätze von Barrierefreiheit, Selbstbestimmung und Inklusion keinerlei Erwähnung in der deutschsprachigen Übersetzung finden (Vgl. Netzwerk Artikel 3 e.V., Anlage 1)<sup>5</sup> Darum wird in der folgenden Analyse des Betreuungsrechtes, die Schattenübersetzung der Netzwerk Artikel 3 e.V., sowie die englischsprachige Fassung genutzt. Anhand der Formulierungsveränderungen der englischsprachigen Konvention werden inhaltliche Reichweiten der UN-BRK unterwandert. In vielen Teilhabebereichen des Lebens werden sich durch diese Übersetzungsdefizite und mangelnde politische Unterstützung wahrscheinlich keine Veränderungen für Menschen mit Behinderung ergeben. Das Assimilieren der Konvention an bestehendes innerstaatliches Recht, wie das Betreuungsrecht, spiegelt sich ebenso in dem Handlungskatalog des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wieder. So kann beispielsweise durch Inhalte von Personenschutz-, Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte der CRPD geschlussfolgert werden, dass dem innerstaatlichen Betreuungsrecht diese Artikel in der praktischen Anwendung scheinbar genügen.

Ob das Betreuungsrecht tatsächlich im Sinne einer Inklusion eine Berechtigung der Betroffenen durch stellvertretendes Handeln darstellt und ob die praktischen Ausführungen des § 1903 BGB „Einwilligungsvorbehalt“, des § 1906, Abs.1 „Unterbringung“ und Abs.1 Satz 2 „Unterbringung zur Heilbehandlung“ konventionskonform ist, wird im folgenden Kapitel untersucht.

---

<sup>5</sup> Diese Veränderungen und Übersetzungsdefizite können im Anhang 1. anhand der Korrektur des Artikels 3. e.V. nachvollzogen werden.



## 2 Das Betreuungsrecht

Wie in dem vorangegangenen Kapitel beschrieben wurde, müsste die UN-BRK zu einem fundamentalen Perspektivwechsel in der Behindertenpolitik und in den praktischen Anwendungen führen. Jedoch entsteht der Eindruck, dass der Perspektivwechsel in den Aktionsplan der Bundesregierung und auf die innerstaatlichen Gesetzgebungen unzureichend übertragen wurde. Demzufolge wird in diesem Kapitel untersucht, ob das Betreuungsrecht in seiner gesetzlichen Grundlage und seinen Verfahrensweisen der UN-BRK gerecht wird. Dabei sollen strukturelle Probleme in der Umsetzung von betreuungsrechtlichen Verfahrensweisen aufgezeigt sowie Verbesserungsmöglichkeiten abgeleitet werden. Diese sollen dem Paradigmenwechsel der UN-BRK gerecht werden und Betroffenen zur Selbstbestimmung verhelfen.

Im ersten Abschnitt des zweiten Kapitels werden der Grundgedanke des Betreuungsrechtes, gesetzliche Grundlagen, Verfahrensweisen zur Betreuer-Bestellung sowie deren Aufgabenkreise untersucht und mit der UN-BRK und ihren Richtlinien verglichen. Des Weiteren werden Problematiken in der Umsetzung und strukturelle Verbesserungen aufgezeigt.

Im zweiten Abschnitt dieses Kapitels werden explizit die Aufgabenkreise Einwilligungsvorbehalt, Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in ihren gesetzlichen Grundlagen, der Verhältnismäßigkeit und ihrer praktischen Durchführung, mit Hilfe der englischsprachigen Übersetzung und der Schattenübersetzung des Artikel 3. e.V., analysiert sowie gesetzliche, strukturelle und praktische Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt. Um die zu Beginn aufgestellten Hypothesen multiperspektivisch zu untersuchen, wurden zwei BerufsbetreuerInnen sowie ein/e SachbearbeiterIn der Betreuungsbehörde hinsichtlich ihrer Aufgaben und der praktischen Umsetzung der Aufgabenkreise Einwilligungsvorbehalt, Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in einem leitfadengestützten ExpertInneninterview befragt. Die Aussagen wurden in einem Gedächtnisprotokoll nach Themenschwerpunkten notiert und in die Analyse eingebunden (Vgl. Anlage 2.1, 2.2).

## **2.1 Analyse des Betreuungsgesetzes**

### **2.1.1 Grundgedanke des Betreuungsrechtes**

Das ehemalige „Gesetz zur Reform der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige“ ist in seiner ersten Fassung am 1.1.1992 in Kraft getreten und durchlief bisher drei gesetzlich strukturelle Novellierungen. Im Bürgerlichen Gesetzbuch werden die Regelungen und Voraussetzungen einer gesetzlichen Betreuung formuliert (Vgl. §§ 1896 BGB-1908 BGB) und im Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG) werden Verfahrensangelegenheiten in Betreuungssachen festgelegt (Vgl. §§ 65-69 FGG). Das gerichtliche Verfahren zur Unterbringung nach dem BGB und dem PsychKG wird in den §§ 70-70n FGG geregelt (Vgl. Brill/Marschner, 2005, S. 137).

Mit der Einführung des Betreuungsrechts sollte Menschen mit Behinderungen nicht mehr die Geschäftsfähigkeit in der Ausführung ihrer rechtlichen Angelegenheiten aufgrund von seelischen, geistigen und körperlichen Beeinträchtigungen abgesprochen werden, sondern mit Hilfe von rechtlichen BetreuerInnen erhalten bleiben (Vgl. § 1896 BGB). Dem Willen und der Selbstbestimmung der zu betreuenden Person soll in den Ausführungen der rechtlichen Angelegenheiten Geltung verschafft werden. Somit gelten Menschen mit Behinderungen nicht mehr als geschäftsunfähig und sind gleichberechtigt anerkannt vor dem Recht. Die obersten Grundsätze rechtlicher Betreuung stellen die Würde, der Wille und das Wohl zu betreuender Personen dar. Diese drei Komponenten führen in ihrer praktischen Umsetzung zu Problemstellungen, welche in der Analyse der Aufgabenkreise Einwilligungsvorbehalt, Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen eine große Rolle spielen (Vgl. 2.3).

Grundlegend wird dem Betreuungsrecht die Menschenwürdegarantie nach Artikel 1 Absätze 1 und 3 des Grundgesetzes zugetragen, um Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten, zu achten und diese gegebenenfalls zu schützen (Vgl. Brill/Marschner, 2005, S. 137). Eine Betreuung darf nicht gegen den freien Willen der zu betreuenden Person eingerichtet werden. Im Falle einer Betreuerbestellung müssen verschiedene Grundsätze eingehalten werden.

Als erster Grundsatz muss eine Betreuerbestellung nach dem Subsidiaritätsprinzip erforderlich und verhältnismäßig sein (Vgl. Art. 20 GG). Demnach dürfen rechtliche BetreuerInnen lediglich für die Aufgabenkreise bestellt werden, in der vorrangige Hilfen scheiterten und der Betroffene keine anderen Handlungsmöglichkeiten hat, um seine Angelegenheiten zu regeln (Vgl. §§ 1896, Abs. 2, S. 2). Die Aufgabenkreise können im Bereich der Personensorge, als Sorge der Gesundheit, des Aufenthaltes und der Lebensgestaltung der zu betreuten Person definiert werden. Die Vermögens-

sorge beinhaltet ordnungsgemäßes, wirtschaftliches Verwalten von Vermögen unter Beachtung der Wünsche der zu betreuenden Person. Ebenfalls agieren rechtliche BetreuerInnen in der Übernahme von Post- und Fernmeldeangelegenheiten und der Vertretung der zu betreuenden Person gegenüber Dritten. Die Gesundheitssorge beinhaltet die Sorge um den Erhalt oder die Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes unter Einbeziehung von Heilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen. Andere Aufgaben, wie die Kündigung von Wohnungsangelegenheiten, Aufenthaltsbestimmungsrecht, Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen sowie der Einwilligungsvorbehalt nach § 1903 BGB liegen aufgrund ihrer persönlichkeits-einschränkenden Gewichtung nicht in der Obhut rechtlicher BetreuerInnen. Diese müssen separat vom Betreuungsgericht überprüft und genehmigt werden (Vgl. Jörk/Kobes, 2010, S. 16f.).

Die Ausführung der rechtlichen Betreuung orientiert sich, als zweiter Grundsatz, am subjektiven Wohl und an den Wünschen der zu betreuenden Person. Rechtliche BetreuerInnen müssen den Willen und die Wünsche in der Gestaltung des Lebens ihrer betreuten Personen beachten und diese zur vollen Teilhabe an der Gesellschaft befähigen (Vgl. § 1901, Abs. 3 BGB). Dem Wunsch und Willen der zu betreuenden Person wird Beachtung geschenkt, insofern diese nicht ihrem objektiven Wohl entgegenstehen, das heißt, sie nicht in ihrer finanziellen Absicherung und Gesundheit gefährden. Nach dem Achtungs- und Schutzgebot darf der Wille nur durch stellvertretende Interventionen rechtlicher BetreuerInnen eingeschränkt werden, wenn die Person sich gegenwärtig selbst schädigt. Wenn die Person Selbstschädigungen nicht erkennt, wird in der Rechtswissenschaft von einer fehlenden Einsicht oder einer Einschränkung des Willens ausgegangen. Die Person könne aufgrund ihrer Beeinträchtigung die Tragweite ihres Handelns nicht abschätzen und gefährdet sich durch Entscheidungen in den Belangen ihrer Gesundheit oder ihrer finanziellen Absicherung (Vgl. Pardey, 2009, S. 60-64). Die Rechts- und Geschäftsfähigkeit der Person wird durch den Einsatz des Einwilligungsvorbehaltes beschränkt. In diesem Fall wird die Willensabgabe in rechtlichen Verträgen stellvertretend von BetreuerInnen übernommen (Vgl. Lipp, in Zander, 2005, S. 19ff). Der Einwilligungsvorbehalt darf lediglich unter strengen Voraussetzungen, unter Kontrolle des Betreuungsgerichtes und von geringer Dauer angeordnet werden (Vgl. 2.3.1) (Vgl. Lipp, in Zander, 2005, S. 23f).

Zudem muss eine Betreuung, als dritter Grundsatz, im persönlichen Kontakt gestaltet werden. Im Rahmen der Besprechungspflicht suchen rechtliche BetreuerInnen die zu betreuende Person mindestens einmal im Monat auf, um die Betreuung nach den Bedürfnissen der zu betreuenden Personen ausrichten zu können (Vgl. § 1897, Abs. 1 BGB). Wie einführend erwähnt, müssen betreuungsrechtliche Interventionen im Rahmen des Rehabilitationsgedankens erfolgen. Die zu betreuende Person sollte in

die Lage versetzt werden, selbstständig über ihre Angelegenheiten zu entscheiden oder diese mit Hilfe von vorrangigen Hilfeleistungen zu realisieren. Da eine rechtliche Betreuung die Freiheits- und Persönlichkeitsrechte einschränkt, darf diese nach dem vierten Grundsatz in ihren Ausführungen nur mit einer möglichst geringen Anzahl von Aufgabenkreisen versehen und auf eine kurze Dauer ausgerichtet sein (Vgl. Lipp, in Zander, 2005, S. 22f). BetreuerInnen kommt zudem eine Unterstützungs- und Beratungspflicht zu. Vor einer stellvertretenden Intervention sollen vorrangig durch beratende Gespräche, die Fähigkeiten und Fertigkeiten der zu betreuenden Person aktiviert werden. Die zu betreuende Person soll mit Hilfe von Beratung, Information und Hilfestellung in die Lage versetzt werden, über ihre rechtlichen Angelegenheiten zu entscheiden oder sie sogar selbst zu übernehmen. In diesem Fall kann eine rechtliche Betreuung vorrangig durch bevollmächtigte Angehörige oder ehrenamtliche BetreuerInnen ersetzt werden (Vgl. Brill/ Marschner, 2005, S. 138-147). Der Wegfall der Betreuungsbedürftigkeit muss dem Betreuungsgericht direkt gemeldet werden (Vgl. § 1908 BGB).

### **2.1.2 Der Grundgedanke im Vergleich mit der UN-BRK**

Aufgrund einer Anfrage der Fraktion „Bündnis 90/die Grünen“ hinsichtlich der Konformität der UN-BRK mit dem Betreuungsrecht veröffentlichte die Bundesregierung eine Stellungnahme. Diese erläutert, dass das Betreuungsgesetz in seinem Grundgedanken im Einklang mit der UN-BRK stehe. Der Vertragsstaat würde die Verpflichtung zur Garantie von Menschenwürde erfüllen, indem er rechtliche Möglichkeiten zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen bereitstelle (Vgl. Bundesministerium der Justiz, 2011, S. 1-7). Gemäß des Artikels 12 Absatz 2 UN-BRK würde durch eine rechtliche Betreuung die Rechts- und Handlungsfähigkeit im Hinblick auf die Wahrnehmung der rechtlichen Angelegenheiten von BetreuerInnen hergestellt werden. Insofern würden Menschen mit Behinderung innerhalb einer rechtlichen Betreuung gemäß des Artikels 12 der CRPD als geschäftsfähig gelten (Vgl. § 104-113 BGB). Die Geschäftsfähigkeit würde nur dann eingeschränkt werden, wenn der Betroffene sich selbst zu schädigen droht. In diesem Fall müsse der Vertragsstaat geeignete Maßnahmen ergreifen, um die Selbstbestimmung sowie seine Rechts- und Handlungsfähigkeit wiederherzustellen (Vgl. Art. 12, Abs. 3 u. 4, CRPD). Als geeignete Maßnahmen wurden nach dem Aktionsplan des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales der Einwilligungsvorbehalt nach § 1903 BGB sowie die Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen nach § 1906 BGB beschrieben. Die Maßnahmen sollen unter strenger Kontrolle des Betreuungsgerichtes gestellt und auf kurze Dauer angelegt werden, um das Personenschutzrecht von Menschen mit Behinderung so gering wie möglich zu beschränken.

Aktuelle Zahlen spiegeln ein anderes Bild der betreuungsrechtlichen Praxis wieder, die es näher zu beleuchten gilt. Horst Deinert belegt, dass sich seit dem Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes die Fallzahlen bis 2008 auf 1.291.410 vervierfacht haben (Vgl. Deinert, 2009). Es entsteht der Eindruck, dass der Grundsatz der Subsidiarität unzureichend umgesetzt wird. Diese Aspekte bestätigt die Studie zur Betreuungsoptimierung durch die Sozialleistung „BEOPS“. Nicht nur der demografische Wandel, die Individualisierung und der Zerfall von familiären Strukturen bedingen die hohen Fallzahlen, sondern ebenso die Defizite in betreuungsrechtlichen Verfahrensstrukturen und mangelnder Hilfeleistung durch niedrigschwellige Beratungs- und Begleitungshilfenetzwerke. Bekräftigung für diesen Sachverhalt fand sich auch in den durchgeführten ExpertInneninterviews. Die Sachbearbeiterin der Betreuungsbehörde Frau B. bemängelt entsprechend die fehlende Beratung und Hilfeleistungen von sozialen Diensten: „(...)der Zugang zu sozialen Sicherungssystemen wird immer schwerer, es fällt ja immer schwerer mal so einen Antrag auszufüllen. Und das müsste eigentlich auch abgebaut werden. (Vgl. Gedächtnisprotokoll 1, , 37:28- 37:30).“ So kann allein durch die komplizierte bürokratische Struktur und die mangelnde Beratung und Begleitung bei der Beantragung von Sozialhilfeleistungen eine Betreuungsbedürftigkeit entstehen (Vgl. BEOPS, in BGT E.V., 2010, S.300-345). Angesichts der Betreuungszahlen, bürokratischer Hürden und mangelnder Subsidiarität ist es empfehlenswert die Vorraussetzungen von rechtlicher Betreuung zu evaluieren. Im Sinne der Zielstellung der CRPD von Barrierefreiheit und implizit des Artikels 12 müssten sich die Vertragsstaaten dazu verpflichten, dass soziale Dienstleister und Hilfenetzwerke in Form von Beratung und Begleitung, Menschen mit Behinderungen in der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit assistieren. Zudem müssten Verfahrensweisen und Formulare zur Antragsstellung von sozialen Hilfeleistungen an die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen angepasst, transparenter gestaltet und vereinfacht werden, so dass eine Selbstbefähigung möglich ist.

Des Weiteren sind in der Umsetzung der betreuungsrechtlichen Grundgedanken folgende Defizite zu eruieren. Der Resozialisationsgedanke wird in der Praxis vermeintlich unzureichend umgesetzt. Demnach konnten bis 2008 nur 7178 von 1.291.410 Menschen aus einer rechtlichen Betreuung entlassen werden (Vgl. Deinert, 2009). Diese Zahlen geben keinen Aufschluss darüber, ob Betroffene durch Versterben entlassen werden oder durch die Nutzung von vorrangigen Hilfen eine Selbstbestimmung in ihren rechtlichen Angelegenheiten erlangen konnten. Die hohen Fallzahlen von Einwilligungsvorbehalten, unterbringungsähnlichen Maßnahmen und Unterbringungen nach BGB geben Hinweise darauf, dass dem Grundsatz „Verhandeln vor Stellvertretung“ zu wenig Geltung verschafft wird. (Vgl. Sprengler/Dreßing/Koller/Salize, 2005). Im Jahre 2007 wurden 134.588 Genehmigungsverfahren nach § 1906, Absatz 2 und 4 und im Jahre 2009 14.132 Verfahren zum Einwilligungsvorbehalt registriert (Vgl. Deinert, 2012). Im Gegenzug zu der

Stellungnahme des Bundesministeriums für Justiz kann festgestellt werden, dass die praktische Ausführung des Einwilligungsvorbehalts, der unterbringungsähnlichen Maßnahmen und Unterbringung anscheinend nicht als Ultima Ratio, von kurzer Dauer, unter Aspekten der Verhältnismäßigkeit angewendet werden. Demnach genügen die Maßnahmen nicht den Grundsätzen einer persönlichen Assistenz nach Artikel 19 CRPD, da in diesen Aufgabenkreisen der Wille von betreuten Menschen durch die Sicht von BetreuerInnen ersetzt werden kann.

Das Betreuungsrecht steht in seinen theoretischen Grundsätzen mit dem Artikel 12 „Gleiche Anerkennung vor dem Recht“ der CRPD im Einklang. Allerdings werden diese vermeintlich durch strukturelle Hindernisse im Betreuungsverfahren und der mangelnden Umsetzung von Grundsätzen in der betreuungsrechtlichen Praxis weder der rechtlichen Fundierung im BGB noch der CRPD im ausreichenden Maße gerecht. Im folgenden Abschnitt wird demnach das betreuungsrechtliche Verfahren auf strukturelle Hindernisse und Vereinbarkeit mit der CRPD untersucht.

## **2.2 Ablauf des Betreuungsverfahrens**

Bisher wurden anhand der Grundsätze der rechtlichen Betreuung ungefähre Defizite aufgezeigt, die Betroffene in ihrer Selbstbestimmung und ihren Persönlichkeitsrechten behindern könnten. Diese gilt es näher zu untersuchen und kritisch mit den Grundsätzen der UN-BRK in Relation zu setzen. Im folgenden Abschnitt werden die Voraussetzungen einer rechtlichen Betreuung, das Betreuungsverfahren unter Einbeziehung der Betreuungsbehörde und medizinischer GutachterInnen zur Einschätzung von Betreuungsbedürftigkeit sowie die Vertretungsmacht rechtlicher BetreuerInnen in ihren Aufgabenkreisen untersucht. Dieses Verfahren setzt nur dann ein, wenn die betroffene Person keine Vorverfügung im Sinne einer Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung erstellt hat.

### **2.2.1 Voraussetzungen**

Eine Betreuung kann nur eingerichtet werden, wenn: „(...) ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann, so bestellt das Betreuungsgericht auf seinen Antrag oder von Amts wegen für ihn einen Betreuer. Den Antrag kann auch ein Geschäftsunfähiger stellen (§ 1896, Abs. 1, BGB).“

Aus dem § 1896 BGB gehen drei elementare Voraussetzungen zur Bestellung rechtlicher BetreuerInnen hervor. Die betroffene Person muss volljährig sein nach § 1908 a BGB und ihre rechtlichen Angelegenheiten gegenwärtig nicht selbst besorgen können, welche sie ohne Vorliegen der körperlichen, seelischen und psychischen Beeinträchtigung selbst erledigen würde. Aus einer Beeinträchtigung muss resultieren,



dass die betroffene Person ihre rechtlichen Angelegenheiten nicht selbstständig erledigen kann. Dabei darf die Betreuungsanregung von unterschiedlichen sozialen Hilfsdiensten, von Angehörigen oder der Person selbst erfolgen. Wenn ein Mensch aufgrund seiner physischen Beeinträchtigung seine Angelegenheiten nicht erledigen kann, darf lediglich dieser selbst einen Antrag beim Betreuungsgericht stellen.

Die UN-BRK erhebt den Anspruch, dass alle defizitorientierten Behinderungsbegriffe in der nationalen Sozial- und Behindertengesetzgebung angepasst werden müssten (Vgl. Graumann, 2011, S. 42). Wie auch in den Formulierungen der Voraussetzung einer Betreuung, wird der Begriff „Behinderung“ mit einer Unfähigkeit der Übernahme von rechtlichen Angelegenheiten gekoppelt und demnach defizitorientiert formuliert. Allerdings wird in der Definition des § 1896 BGB der Schwerpunkt auf das Unvermögen gelegt. Das alleinige Vorliegen einer Behinderung rechtfertigt noch keine Betreuerbestellung. Dennoch ist im Rahmen der Umsetzung der UN-BRK eine konventionsangepasste Definition von Betreuungsbedürftigkeit überlegenswert, da der § 1896 BGB aufgrund seiner defizitären Formulierung praktische Problemstellungen birgt. Bei einer Betreuungsanregung nehmen sich nicht selten soziale Dienstleister in ihren Hilfestellungen zurück oder erhoffen sich durch die Einrichtung einer Betreuung vorsorgliche stellvertretende Therapieeinwilligung und die Erwirkung von Compliance in einem Behandlungskontext (Vgl. Brill/Marschner, 2005, S. 142f). Insofern ist eine konventionsangepasste Definition notwendig. Prof. Dr. Northoff plädiert für eine Umstrukturierung des Betreuungsrechts zu Erwachsenenhilfe- und Schutzrecht analog zum SGB VIII und beschreibt die Voraussetzungen nach § 1896 BGB wie folgt:

„Jeder hilfebedürftige Erwachsene, der außerstande ist, seine Angelegenheiten selbst zureichend wahrzunehmen, hat ein Recht auf Beachtung seiner Würde, Fürsorge und Betreuung. Fürsorge und Betreuung sind die natürliche Aufgabe seiner Familie; ist diese dazu nicht in der Lage, obliegen diese Aufgaben der staatlichen Gemeinschaft (Northoff, 2011).“

Jene Definition ist nicht auf den Behinderungsbegriff abgestellt und lässt einen Paradigmenwechsel zum defizitären Umfeld zu. Der Schwerpunkt wird auf die Förderung der Vorrangigkeiten einer Betreuung durch die Familie und der staatlichen Gemeinschaft gelegt. Das Recht auf Würde, Fürsorge und Betreuung impliziert nicht gleich die Beantragung einer rechtlichen Betreuung. Diese betont die Vorrangigkeit von niedrigschwelligen Hilfen und kann ebenso von sozialen Dienstleistern erbracht werden. Die Förderung und der Erhalt von Selbstbestimmung in der Rechts- und Handlungsfähigkeit würde demnach nicht nur als Aufgabe von rechtlichen BetreuerInnen gesehen werden, sondern nehmen soziale Dienstleister stärker in die Pflicht.

## 2.2.2 Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit

Wenn ein Betreuungsantrag von sozialen Diensten, Angehörigen oder dem Betroffenen selbst dem Betreuungsgericht zukommt, setzen verschiedene Verfahrensweisen ein. Dabei kann der Antrag nicht mehr zurückgezogen werden und wird zum gerichtlichen Verfahren. In diesem übernimmt die Betreuungsbehörde zur Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit eine sozialgutachterliche Funktion und ein medizinischer Sachverständiger muss den ursächlichen gesundheitlichen Zustand diagnostizieren. Im Folgenden werden Inhalte von Sozialgutachten und medizinischen Sachverständigengutachten vorgestellt und kritisch analysiert.

### 2.2.2.1 Soziales Sachverständigengutachten

Innerhalb eines Betreuungsgerichtsverfahrens ermittelt die Betreuungsbehörde die Notwendigkeit einer Betreuung in Form von aufsuchender Sozialarbeit und Case-Management. Die betroffene Person wird im sozialdiagnostischen Prozess über ihre gegenwärtige Lebenssituation befragt. Die Sachbearbeiterin Frau B. schildert hierbei die Zielstellung des Gespräches: „(...) Wir sind ja vorrangig an Datensammlung interessiert, weil wir ja letzten Endes so einen Sozialbericht schreiben müssen... da muss man dann schon gucken, dass die Leute so viel wie möglich über sich und ihre Biografie rausgeben, Sozialumstände (Vgl. Gedächtnisprotokoll 1, 3:17-4:15).“ Unter Einbeziehung von Angehörigen werden Problemstellungen in der Ausübung von rechtlichen Angelegenheiten besprochen und festgestellt: „(...) Gerade bei den Alzheimer-Leuten kann man dann Schlussfolgerungen ziehen, (...) dass die dann mal Unterlagen raus suchen sollen, dass man dann mal fragt wie ist der Girokontostand. (...) Ja ähm, und dann testet man ganz einfach, ob die in der Lage sind noch so an dem gesellschaftlichen Leben aktiv beteiligen können und seine Problemlagen aber auch bewältigen können (Vgl. Gedächtnisprotokoll 1, 4:15-5:24).“ (Vgl. Ansen, in BGT e.V., 2010, S. 20). Gegenwärtige Probleme in der alltagspraktischen Lebensbewältigung müssen ergänzend durch die Befragung von Angehörigen und mit Hilfe von Schweigepflichtsentbindungen von Helfern sozialer Dienste ermittelt werden, so dass multiperspektivische Sichtweisen in die Bestimmung der Betreuungsbedürftigkeit einfließen (Vgl. Pardey, 2009, S. 48ff). In diesem Prozess wird ebenfalls festgestellt, ob ein Angehöriger zur Übernahme der rechtlichen Betreuung ehrenamtlich in Frage kommt oder ein/e BerufsbetreuerIn bestellt werden muss (Vgl. Brill/Marschner, 2005, S. 143). Ehrenamtliche Angehörige werden bei der Übernahme und während der Tätigkeit von der Betreuungsbehörde beraten und unterstützt. In dem Sozialgutachten wird die psychosoziale Situation der zu betreuenden Person beschrieben, die eine Betreuungsbedürftigkeit begründen kann (Vgl. Ansen, in BGT e.V., 2010, S. 20). Das Gutachten gibt BetreuungsrichterInnen Aufschluss über die soziale und gesundheitliche Situation der betroffenen Person, über konkrete Probleme in der Bewältigung persönlicher Angelegenheiten, die Ermittlung derzeitiger und die Initiierung weiterer Hilfen, Empfehlungen über die zu betreuenden Aufgabenbe-

reiche sowie einen Vorschlag für rechtliche BetreuerInnen (Vgl. Brill/Marschner, 2005, S. 145). Ferner werden im Gutachten Hinweise zur „Einsichtsfähigkeit“ der betroffenen Person gegeben. Anhand des Gespräches wird beurteilt, ob die Person das Anliegen einordnen und die Tragweite des Handelns bei einer vermeintlichen Ablehnung einschätzen kann. Die Sachbearbeiterin der Betreuungsbehörde Frau B. schildert ihre Vorgehensweise zur Beurteilung der Einsichtsfähigkeit wie folgt: „(...)dann guckt man natürlich, ähm, nach den eigenen Ressourcen der Leute, ne? Dass man die mal testet, dass die mal was vorlesen sollen. Oder dass man die mal einfach fragt, ähm...: ‚Welches Datum ist heute? Wie alt sind Sie? ‘ (Vgl. Gedächtnisprotokoll 1, 4:15-5:24).“ Die sogenannte Willensbestimmung in Form einer Prüfung der Einsichtsfähigkeit wird im medizinischen Sachverständigengutachten vorrangig untersucht (Vgl. 2.2.2.2).

Die Ermittlungen der Betreuungsbehörde setzen bei Antrag eines Einwilligungsvorbehaltes nach § 1903 BGB, bei Beschwerden von betreuten Personen, bei einem Betreuerwechsel und bei Überprüfung einer Betreuungsbedürftigkeit erneut ein (Vgl. Pardey, 2009, S. 43 ff).

Aus den beschriebenen Verfahrensermittlungen der Betreuungsbehörde lässt sich ableiten, dass diese im Sinne der UN-BRK ressourcenorientiert vorgeht und zur Vermeidung rechtlicher Betreuung mit Hilfe der Vermittlungen von vorrangigen Hilfen beiträgt. Als Handlungsleitlinien betont Frau B. in ihrem Aufgabenbereich ebenso die Ressourcenorientierung: „(...) Für unsere Arbeit hier denke ich, dass die Stärkung von vorrangigen Hilfen nochmal so richtig in den Fokus gerückt wird. Stärkung in der Hinsicht, dass man nochmal in seinen Sozialraum guckt, was gibt es denn da für vorrangige Hilfen, was gibt es an freien Trägern oder ehrenamtlichen Tätigen, die man aktivieren kann, mit denen man auch Kontakte herstellt. Für die Betreuungsstelle ist das Ausschlaggebende eigentlich Betreuungen zu vermeiden (Vgl. Gedächtnisprotokoll 1, 25:46-26:33).“ Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen nicht allein die Defizite des Menschen, sondern persönliche und familiäre Ressourcen sowie Hilfenetzwerke, um die Einrichtung einer Betreuung zu vermeiden. Jedoch sind der Einsatz der Betreuungsbehörde sowie die personelle Auslastung abhängig von den Vorgaben der Kommunen. In jeder Stadt oder jedem Landkreis entsteht aufgrund personeller Besetzungen ein Ungleichgewicht in Zusammenarbeit von Gerichten und Sachverständigen. Diese wirken sich auf die Qualität der Sachverständigengutachten, Vermittlung von vorrangigen Hilfen und Betreuungszahlen aus (Vgl. BGT e.V., 2011). So kommt die Langzeitstudie BEOPS zu dem Ergebnis, dass Betreuungsbehörden in Mecklenburg-Vorpommern vorrangige Hilfe zur Betreuungsvermeidung mangelhaft initiiert haben und diese unzureichend in die Ermittlung von Betreuungsbedürftigkeit einbezogen wurden. BetreuungsrichterInnen haben sich vorrangig auf das medizinische Sachverständigengutachten bezogen, welche gleichzeitig zu der Ermittlung der Betreuungsbehörde eingefordert wird. Infolgedessen wurden folgende Maßnahmen nicht initiiert: „der Eingliederung zur Arbeit §§ 15 SGB II, 35 IV SGB III, Hilfen in anderen Lebenslagen nach §§ 70 – 74 SGB XII wie die Hilfe zur Fortführung des Haushalts § 70 SGB XII, die Altenhilfe nach § 71 SGB XII, behördliche Bestellung von Verfahrensvertretern nach § 15 I 4 SGB X, Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke

entsprechend dem im PsychKG MV, Leistungen durch eine trägerübergreifende Servicestelle nach § 22 SGB IX oder auf Grund von Rahmenverträgen nach § 79 SGB XII (Vgl. Northoff, 2011).“

Die genannten Maßnahmen könnten Betreuungsanregungen durch Hilfestellungen in rechtlichen Angelegenheiten in Form von Beratung und Begleitung vermeiden. Angesichts dieser Tatsachen lässt sich die Betreuungsvermeidung nur mit der nötigen finanziellen und politischen Unterstützung von Bund, Ländern und Kommunen adäquat umsetzen. Die Personalausstattung betreuungsrechtlicher Institutionen, wie der Betreuungsbehörde, steht in keinem Verhältnis zur Höhe der Betreuungsfallzahlen (Vgl. BGT e.V., 2011). Eine bedarfsgerechte Auslastung der Betreuungsstelle könnte die Fallzahlen von Betreuungen durch Vermittlung von vorrangigen Hilfen minimieren.

#### ***2.2.2.2 Medizinische Sachverständigengutachten***

Nach dem §§ 280 und 321 FamFG wird zur Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit ein fachärztliches Gutachten eingeholt, dass sich u.a. an der Überprüfung des „freien Willens“ ausrichtet. Anhand der Diagnose anerkannter psychiatrischer Krankheitsbilder nach dem ICD 10 werden lebenspraktische Defizite aufgrund der Diagnose ermittelt sowie der fachärztliche Rat über den Hilfebedarf beschrieben (Vgl. § 68 b FGG). Das Gutachten müssen FachärztInnen für Psychiatrie oder ÄrztInnen mit psychiatrischer Erfahrung erstellen. Letztere müssen dem Gericht ihre Fachkompetenz in Form von Zusatzausbildungsnachweisen belegen. Anhand des folgenden Kriterienkataloges soll die Betreuungsbedürftigkeit beschrieben werden:

Zuerst wird die Diagnose erfasst und darauf Bezug genommen, ob ein freier Wille zur Entscheidungsfähigkeit besteht (Vgl. Jörk/Kobes, 2010, S. 14ff). Im juristischen Sinne wird die Willensfähigkeit nicht an die Geschäftsfähigkeit gekoppelt, sondern mit der Einsichtsfähigkeit begründet (Vgl. § 104 BGB). Dabei wird zwischen einem freien und einem natürlichen Willen unterschieden. Ein freier Wille im juristischen Sinne liegt vor, wenn die betroffene Person einsichtsfähig und einwilligungsfähig ist. Dabei wird unter Einsichtsfähigkeit: „(...) die Fähigkeit (verstanden), die Bedeutung einer Betreuung intellektuell zu erfassen und die Gesichtspunkte, die für oder gegen die Einrichtung einer Betreuung sprechen, zu erkennen und abzuwägen. Fehlt es an einem der beiden genannten Elemente, liegt ein ‚freier Wille‘ nicht vor, so dass die Einrichtung einer Betreuung grundsätzlich möglich ist (Röchling/Wälte, 2009, in Bauer/Lammel/Sutarski/Lau, 2011, S. 45).“

Die Willensfähigkeit wird aus dem Verstehen, der rationalen Verarbeitung und subjektiven Bewertung der Information sowie der Bestimmbarkeit des Willens und der Einsichtsfähigkeit der betroffenen Person abgeleitet. Jedoch darf eine Betreuung nicht entgegengesetzt dem natürlichen oder freien Willen eingerichtet werden, auch wenn die Person sich durch die Ablehnung schädigt (Vgl. Lammel in Bauer et al, 2011, S. 42-49).

GutachterInnen müssen die Erforderlichkeit im Einzelfall beachten und für jeden einzelnen Aufgabenkreis begründen. Wie in der Mitwirkung der Betreuungsbehörde werden GutachterInnen erneut bei der Beantragung von Einwilligungsvorbehalten nach § 68 b Abs. 2 FGG, unterbringungsähnlichen Maßnahmen sowie bei der Überprüfung von Betreuungsbedürftigkeit hinzugezogen (Vgl. Brill/ Marschner, 2005, S. 142-144).

Die Bestimmung des freien Willens von Menschen mit psychiatrischer Diagnose ist in der Fachliteratur oftmals zu Recht kritisch beleuchtet worden. Ein Ausschluss der freien Willensbildung, um Maßnahmen zu rechtfertigen, ist für die betroffenen Personen diffamierend. So schreibt der Diplom Psychologe Matthias Seibt, dass Tiere einen natürlichen Willen besitzen würden und Menschen mit psychiatrischer Diagnose durch das Absprechen ihres freien Willens dem Tiere gleichgesetzt werden (Vgl. Seibt, 2009, S.22f). Fraglich ist, ob die Bestimmung und der Ausschluss einer Willensfähigkeit aufgrund einer Beeinträchtigung mit der UN-BRK vereinbar sind. Diese schätzt vielfältiges menschliches Verhalten unabhängig von gesellschaftlicher Normvorstellung. Im diagnostischen Prozess werden jedoch anhand von Verhaltensweisen von Betroffenen die Willensfähigkeit und Diagnosen im Vergleich zu gesellschaftlichen Normvorstellungen erstellt. Weiterhin wird in psychiatrischen Kontexten der Ausschluss der Willensfähigkeit zu Behandlungszwecken genutzt, um die Compliance der betroffenen Person zu erwirken (Vgl. Knittel, in BGT e.V., S.: 151). Diese Aspekte stellen eine Konventionswidrigkeit dar.

Ungeachtet des umfangreichen neurowissenschaftlichen und philosophischen Diskurses über die Existenz des freien Willens weisen medizinische Sachverständigen-gutachten Mängel auf, welche Einfluss auf die Urteilsfindung zur Betreuungsbedürftigkeit haben. BetreuungsrichterInnen beklagen oftmals, dass medizinische Gutachten ohne eine zureichende Begründung und Schlüssigkeit die natürliche Willensfähigkeit und die Diagnose mit dem Ausschluss der Geschäftsfähigkeit gleichsetzen würden (Vgl. Knittel, in BGT e.V., 2011, S.:138-142). Aufgrund der präjudizierenden Bedeutung des Gutachtens müssen diese für Nichtmediziner nachvollziehbar gestaltet werden. Eine Diagnose nach dem ICD 10 ist als Begründung der Einrichtung einer Betreuung unzureichend. Diese müsste im Kontext der Auswirkungen auf rechtsgeschäftliches Handeln im Alltag beschrieben werden sowie Alternativverläufe aufzeigen (Vgl. Knittel, BGT e.V., 2010, S. 21ff). Ebenso werden selten Nachbesserungen und Überprüfungen bei unverständlichen und nicht nachvollziehbaren Gutachten von BetreuungsrichterInnen eingefordert. Daraus resultieren Fehlerquellen bezüglich realer Betreuungsbedürftigkeit. Im Rahmen der Betreuungsrechtevaluation ist es empfehlenswert die Verwendung von medizinischen Gutachten in der Ermittlung einer Betreuungsbedürftigkeit zu überprüfen, da sich Beeinträchtigungen im

sozialen Leben der Personen vollziehen und nicht anhand von Diagnosen bestimmbar sind.

### **2.2.3 Vertretungsmacht**

Wenn die Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit und die Anhörung vor den RichterInnen zu einem eindeutigen Ergebnis gekommen ist, wird in Zustimmung mit der betroffenen Person ein/e rechtliche/r Betreuer/In mit den ermittelten Aufgabenkreisen gerichtlich bestellt.

Diese/r Betreuer/in muss persönlich und fachlich geeignet sein und die betroffene Person im erforderlichen Umfang betreuen (Vgl. § 1897, Abs. 1 BGB). Zur Übernahme einer rechtlichen Betreuung haben Angehörige und ehrenamtliche BetreuerInnen Vorrang, vorausgesetzt es steht dem Wohl und Willen der betroffenen Person nicht entgegen (Vgl. § 1897 Abs. 4 BGB).

In der betreuungsrechtlichen Praxis kann es vorkommen, dass Menschen mit psychiatrischer Diagnose in einem komplizierten familiären Bindungsgeflecht leben. Angehörige fühlen sich vor allem mit den Aufgabenkreisen der Gesundheits- und Behördenangelegenheiten überfordert. Frau B. schildert die Problematik wie folgt: „(...)Naja es ist mit Ehrenamtlern manchmal schwierig, weil die überfordert sind gerade mit den Behördensachen,...das fällt denen sehr schwer (Vgl. Gedächtnisprotokoll 1, 6:22-6:23).“ In diesen Fällen werden Vereins- oder freiberufliche BetreuerInnen bestellt (Vgl. Brill/Marschner, 2005, S. 46f). BetreuerInnen besitzen unterschiedliche Qualifikationen und Fachwissen. Gegenwärtig ist die Voraussetzung zur fachlichen Geeignetheit im Sinne einer einheitlichen Qualifikation noch nicht geregelt. In der Praxis führt der Aspekt zu Problemstellungen im Umgang mit dem betroffenen Klientel und in der Ausführung einer rechtlichen Betreuung. Die vermeintlichen Auswirkungen im betreuungsrechtlichen Handeln werden u.a. im 3. Kapitel anhand der Auswertung von Aussagen der InterviewpartnerInnen untersucht (Vgl. 3.3.).

Im Idealfall besitzen rechtliche BetreuerInnen einen Abschluss als SozialarbeiterInnen oder JuristInnen. Um der Führung einer Betreuung gerecht zu werden verlangt es rechtliches, medizinisches und pädagogisches Fachwissen, Beratungskompetenz und das notwendige Einfühlungsvermögen. In den ersten Punkten des zweiten Kapitels wurden bereits Voraussetzungen und Grundsätze rechtlicher Betreuung beschrieben. Als Handlungsrichtlinien in der praktischen Ausführung für BetreuerInnen dienen die §§ 1896 bis 1908 i BGB. Rechtliche BetreuerInnen müssen die betroffene Person im Rahmen der zugewiesenen Aufgabenkreise gerichtlich und außergerichtlich vertreten (Vgl. § 1902 BGB). Die Vertretung muss sich nach den Wünschen, dem Wil-

len und dem Wohl der zu betreuenden Person richten (Vgl. Jörk/Kobes, 2010, S. 16f).

Zu Beginn einer rechtlichen Betreuung sollte zusammen mit der zu betreuenden Person ein Betreuungsplan mit Zielstellungen aufgestellt und kontinuierlich evaluiert werden. Herr S. bespricht mit Klienten Zielstellungen ressourcenorientiert und unabhängig von Problemdefinitionen Außenstehender: „(...)Ich versuche in den ersten Wochen mit den Klienten zu schauen, welche Probleme äh..welche Wertigkeit die Probleme, die die Klienten äh oder ob die Klienten die gleichen Probleme sehen, wie diejenigen, die die Betreuung angeregt haben (...)Aber die Zielsetzung mache ich mit dem Klienten aus, da lasse ich mir nicht reinreden von Ämtern oder Gerichten (Vgl. Gedächtnisprotokoll 3, 6:09-6:42).“ Zusammen mit der Jahresrechnungslegung wird der Betreuungsplan an das Betreuungsgericht übersandt. Rechtliche BetreuerInnen haben einen Anspruch nach § 1836 BGB auf einen Vormünder- und Betreuervergütungssatz. Dieser richtet sich infolge des zweiten Betreuungsänderungsgesetzes nach ihrer Qualifikation und einem pauschalierten Stundenkontingent im Monat, das BetreuerInnen bei Gericht geltend machen. Durch die pauschalierte Vergütung von rechtlichen BetreuerInnen gibt es in der Praxis Schwierigkeiten. BetreuerInnen führen die Betreuung meist in einer Mischkalkulation von 40 bis höchstens 60 Fällen. Betreute Personen, die aufgrund ihrer sozialen oder gesundheitlichen Situation eines höheren Betreuungsaufwandes bedürfen, wird dieses Stundenkontingent nicht gerecht, um Problemlagen adäquat zusammen mit der betreuenden Person zu besprechen und zu lösen (Vgl. 3.3). Herr S. versucht die Problematik wie folgt zu lösen: „(...)Ich versuche schon einmal im Monat Kontakt aufzunehmen, dass klappt nicht immer..das geht natürlich auf die Kosten von der Menschen die im Pflegeheim wohnen müssen ähh da kommt es schon manchmal vor, dass ich die nur aller 6 Wochen sehe (...)dass liegt einfach daran, dass die Leute die nicht im Pflegeheim wohnen..äh..zu Hause wohnen..dass das ein höherer Arbeitsaufwand ist (Vgl. Gedächtnisprotokoll 3, 4:20-4:42).“ Jedoch müssen BetreuerInnen nach dem § 1908 i der Besprechungspflicht nachkommen und diese in einer Dokumentation dem Betreuungsgericht nachweisen. Im Sinne der UN-BRK könnte die Vorgabe „rechtliche Assistenz vor Stellvertretung“ an den Rahmenbedingungen scheitern, welche BetreuerInnen auferlegt werden. Eine Beratung und Unterstützung, die zu einer Entscheidungsfindung der zu betreuenden Person in rechtlichen Angelegenheiten führen soll, bedarf Zeit, Geduld und Vertrauen. Der Grundsatz „Verhandeln vor Stellvertretung“ wird scheinbar durch pauschalierte Vergütung und Stundenkontingente ungenügend umgesetzt (Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, 2011, S. 1-4). Die Berufsbetreuerin Frau E. bestätigt: „(...) gewünscht wird, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen anders abgerechnet werden sollten, dem würde ich auch zustimmen (Vgl. Gedächtnisprotokoll 2, 06:35).“

Trotz der problematischen Bedingungen müssen rechtliche BetreuerInnen in der Ausführung beraten, planen, begleiten, unterstützen, koordinieren und administrative Tätigkeiten übernehmen (Vgl. Dörner/Oeschger, in BGT e.V., 2011, S. 64-69). Im Rahmen der Gesundheitssorge werden Maßnahmen initiiert, die den gesundheitlichen Zustand der betroffenen Person verbessern oder erhalten, beispielsweise Reha-

bilitationsmaßnahmen oder ärztliche Behandlungen. In der Vermögenssorge werden Konten der zu betreuenden Person verwaltet und Anträge zur Sicherung der finanziellen Existenz, wie zum Beispiel für EU-Renten, Pflegestufen und Arbeitslosengeld II, gestellt. In dem Aufgabenkreis Wohnungsangelegenheiten können im Rahmen eines Einwilligungsvorbehaltes zusätzliche Anmietungen von Wohnungen verhindert werden. Betreute Personen, die unterhalb des Existenzminimums leben, entschädigen BetreuerInnen nicht aus ihrem eigenen Vermögen. Die Kosten werden von Haushaltskassen der Justiz übernommen (Vgl. Brill/Marschner, 2005, S. 155ff). Nach Angaben der BEOPS-Studie stehen oftmals mittellose Menschen unter rechtlicher Betreuung, so dass die Ausgaben der Justizhaushalte für rechtliche Betreuungen im Jahre 2005 einen Betrag von 437 Millionen Euro erreichte (Vgl. Northoff, 2011). Zahlreiche Studien zur Betreuungsoptimierung und Änderungen des Betreuungsrechtes wurden nicht im Fokus der Qualität der betreuungsrechtlichen Arbeit sondern in der Betreuungs- und Kostenminimierung getätigt (Vgl. Pardey, 2009, S. 30). Insofern besteht die Notwendigkeit die Umsetzung der Aufgabenkreise zu analysieren und auf die Konventionskonformität zu überprüfen.

## **2.3 Analyse der Aufgabenkreise**

In diesem Abschnitt werden speziell die genehmigungspflichtigen Aufgabenkreise stationäre Unterbringung, Einwilligungsvorbehalt und unterbringungsähnliche Maßnahmen im Kontext der UN-BRK untersucht. Jene berühren die Grundfreiheit sowie die Freiheits- und Persönlichkeitsrechte. Die Bundesregierung legitimiert alle diese Aufgabenkreise als geeignete Maßnahmen in ihrem Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK, da diese verhältnismäßig, unter strenger Kontrolle und zum Schutz der zu betreuenden Personen durchgeführt werden. Um diese Aspekte genauer zu untersuchen, wird im ersten Abschnitt der Einwilligungsvorbehalt in seinen Voraussetzungen und Auswirkungen beschrieben und mit dem Artikel 12 „Rechts- und Handlungsfähigkeit“ der UN-BRK verglichen sowie strukturelle Defizite aufgezeigt. Im zweiten Abschnitt wird die stationäre Unterbringung in der Voraussetzung und Verfahrensweise mit dem Artikel 14 „Schutz der Unversehrtheit der Person“ der UN-BRK untersucht. Dabei soll analysiert werden, ob jene tatsächlich eine „geeignete Maßnahme“ im Sinne der UN-BRK darstellt und welche Maßnahmen zur Verhältnismäßigkeit und zu Verantwortlichkeiten rechtlicher BetreuerInnen im Sinne der UN-BRK in Betracht kämen.

Im dritten Abschnitt werden die unterbringungsähnlichen Maßnahmen sowie Verfahrensweisen zur Behandlung gegen den Willen zu betreuender Personen beschrieben. Da eine Behandlung mit Psychopharmaka aufgrund der starken und sedierenden Ne-



benwirkungen ebenso zu unterbringungsähnlichen Maßnahmen zählt, werden beide Verfahrensweisen zusammengefasst beleuchtet und mit dem Artikel 17 der UN-BRK verglichen sowie Verantwortlichkeiten rechtlicher BetreuerInnen und aller beteiligten Akteure aufgezeigt.

### **2.3.1 Einwilligungsvorbehalt**

#### ***2.3.1.1 Voraussetzungen und Auswirkungen***

Wie im ersten und zu Beginn des zweiten Kapitels beschrieben wurde, sollen Einwilligungsvorbehalte innerhalb einer Betreuung unter strengen Voraussetzungen der Verhältnismäßigkeit unter Kontrolle des Betreuungsgerichts und der Betreuungsbehörde eingerichtet werden. Ein Einwilligungsvorbehalt wird von BetreuerInnen beantragt, wenn: „(...) dies zur Abwendung einer erheblichen Gefahr für die Person oder das Vermögen des Betreuten erforderlich ist, ordnet das Betreuungsgericht an, dass der Betreute zu einer Willenserklärung, die den Aufgabenkreis des Betreuers betrifft, dessen Einwilligung bedarf (§ 1903, Abs. 1, BGB).“

Die betroffene Person muss der gegenwärtigen Gefahr ausgesetzt sein, ihrer Existenz oder ihrem Vermögen durch Willensabgaben zu schaden (Vgl. Brosey, 2009, S. 16-28). Der Tatbestand wird von dem Betreuungsgericht und der Betreuungsbehörde ermittelt. Die betroffene Person wird innerhalb des Gerichtsverfahrens zur Erweiterung der Aufgabenkreise erneut über das Vorliegen der Tatsachen befragt und ihre Zustimmung zur Beantragung des Einwilligungsvorbehaltes eingeholt. Die Berufsbetreuerin Frau E. klärt ihre betreuten Personen wie folgt auf: „Ja ich sage ihm dann was ich vor habe, auch das kann ich nur erklären. Ja versuche es dann auch über Gesprächsführung und ich würde es nicht versuchen ihm das so druckartig beizubringen und trotzdem klar zu machen, dass das jetzt notwendig ist für ihn und dass er sich jetzt dadurch schadet.. (Vgl. Gedächtnisprotokoll 2, 30:53).“ Diese Aussage weist auf ein disziplinarisches Selbstverständnis von rechtlichen BetreuerInnen hin. Innerhalb des Kommunikationsprozesses führt die Disziplinierung zu Problemen, welche im Punkt 3.3.2.1 näher untersucht werden.

Darüber hinaus muss abgeklärt werden, dass die betroffene Person nicht in der Lage ist selbstverantwortlich zu handeln. Im Rahmen der Beantragung eines Einwilligungsvorbehaltes wird das Bestehen oder die Einschränkung des freien Willens anhand einer Diagnose erneut abgeklärt (Vgl. Pardey, 2009, S. 78f). Das Vorliegen einer Behinderung reicht nicht aus, um einen Einwilligungsvorbehalt einzurichten. Bei der betroffenen Person muss eine erhebliche Gefahr der Selbstschädigung an persönlichen oder wirtschaftlichen Gütern bestehen, was mit hinreichender Sicherheit zu erwarten ist. Frau B. schildert die Notwendigkeit wie folgt: „(...)Wenn ein Betroffener trotz Ratschläge auch gut gemeinter Ratschläge von Unterstützungspersonen, ja.. trotzdem nicht in der Lage ist, diese Ratschläge umzusetzen (Vgl. Gedächtnisprotokoll 1, 15:55- 16:21).“ So stellt ein bloßer geringfügiger Vermögensschaden keine Gefahr dar, da dieser durch vorrangige Hilfen, wie Schuldnerbe-

ratung oder Hilfe bei der Vermögensverwaltung, als geeignetes Mittel abgewehrt werden kann (Vgl. Jörk/Kobes, 2010, S. 21).

Die Folge der Einrichtung eines Einwilligungsvorbehaltes ist eine Beschränkung der Teilnahme der betroffenen Person am Rechtsverkehr. Im Rahmen des Einwilligungsvorbehaltes kann sie nur geringfügige Rechtsgeschäfte des täglichen Lebens abschließen, wenn diese einen rechtlichen Vorteil darstellen (Vgl. § 1903, Abs. 3., Satz 2 BGB). Die betroffene Person ist in allen anderen Rechtsgeschäften beschränkt geschäftsfähig und es bedarf zum rechtsgültigen Abschluss der Willensäußerung einer vorherigen Einwilligung durch die BetreuerIn nach § 183 BGB oder einer nachträglichen Zustimmung nach § 184 BGB. Wenn die Einwilligung noch nicht erfolgt ist, können die Vertragsparteien in der Schwebezeit keine Rechte und Pflichten aus dem Vertrag herleiten, sind aber weiterhin an den Vertrag gebunden. Während der Schwebezeit besteht ein generelles Widerrufsrecht von Willenserklärungen gemäß § 109 BGB. Erst wenn die gesetzliche Vertreterin/der gesetzliche Vertreter die Genehmigung erteilt oder widerruft, ist das Rechtsgeschäft entweder wirksam nach § 184 BGB oder endgültig unwirksam. Rechtliche BetreuerInnen unterliegen im Rahmen des Einwilligungsvorbehaltes den Vorschriften des § 1901 BGB und müssen zwischen dem Wunsch<sup>6</sup> und dem objektiven Wohl rechtsgeschäftliche Entscheidungen treffen (Vgl. Brosey, 2009, S. 30f). Der Wunsch der betreuten Person ist kein nach außen einklagbarer Anspruch. Er regelt lediglich das Innenverhältnis zwischen der zu betreuenden Person und der/dem BetreuerIn. In der Praxis stellt die Beachtung von Wohl und Wunsch der betreuten Personen ein Spannungsverhältnis dar. So sind beispielsweise rechtliche BetreuerInnen bei Beachtung des Wunsches, welcher dem finanziellen Wohl nicht entspricht, rechtlichen Haftungen und Sanktionen ausgesetzt. Die Haftungspflicht nach §§ 1908 i und 1833 BGB veranlasst BetreuerInnen, eher Entscheidungen zum Wohle der betreuten Person zu treffen und seinen Willen zu ignorieren (Vgl. Brosey, 2009, S. 42f).

Der Einwilligungsvorbehalt hat grundsätzlich keine Auswirkungen auf den Status der Geschäftsfähigkeit. Die betroffene Person gilt nach wie vor als geschäftsfähig. Sie kann Willenserklärungen abgeben, empfangen und rechtsgeschäftliche Handlungen vornehmen (Vgl. Jörk/Kobes, 2010, S. 17). Eine Ausnahme bildet der § 104 Nummer 2 BGB: „wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet.“

---

<sup>6</sup> Der Gesetzgeber hat mit dem „Wunsch“ einen Rechtsbegriff eingeführt, der als Gleichsetzung zum natürlichen Willen gewertet werden kann. Mit dem Wunsch werden alle Vorstellung der zu betreuenden Person hinsichtlich ihrer Gestaltung des Lebens unabhängig von Vorstellungen Dritter eingeschlossen. Dieser gilt für rechtliche BetreuerInnen unbedingt in Abwägungen von Entscheidung zu beachten (Vgl. Brosey, 2009, S. 32f)

Im Zustand einer „krankhaften Störung des Geistes“ wird die freie Willensbestimmung durch erneute Diagnostik von ArztInnen und in Ermittlung des Betreuungsgerichtes abgesprochen. Die Willenserklärungen in rechtsgeschäftlichen Handlungen von Menschen mit diesen Beeinträchtigungen wären demnach nichtig (Vgl. § 105, Abs. 1, BGB).

Einwilligungsvorbehalte betreffen nicht die vertraglichen Bereiche der Eheschließung und die Erstellung von Testamenten. Im Rahmen der Gesundheitsvorsorge bezieht sich der Einwilligungsvorbehalt auf den Behandlungsvertrag, nicht aber auf Willensabgaben der betroffenen Person im Rahmen der Behandlung oder des Aufenthaltsbestimmungsrechts (Vgl. Pardey, 2009, S. 80f).

### **2.3.1.2 § 1903 BGB und Artikel 12 UN-BRK**

Im Rahmen der Betreuungsrechtsevaluation zur Umsetzung der UN-BRK erforscht das Bundesministerium für Justiz unter anderem die Konventionskonformität des Einwilligungsvorbehalts. Infolge der Stellungnahme des Bundesministeriums für Justiz begründet die Bundesregierung 2011 die Konventionskonformität des Betreuungsrechtes. Im Ergebnis sei der Einwilligungsvorbehalt mit dem Artikel 12 „Rechts- und Handlungsfähigkeit“ vereinbar. Im Gegenzug zu anderen europäischen Ländern sei dieser ein Vorbild, da Menschen mit Behinderung vor Missbrauch geschützt und die Rechts- und Handlungsfähigkeit anerkannt werden. Dem Schutzauftrag im Artikel 12 Absatz 4 der UN-BRK würde beim Einsatz des Einwilligungsvorbehaltes Rechnung getragen werden (Vgl. Bundesministerium der Justiz, 2010, S. 8f). Des Weiteren gibt das Bundesjustizministerium an, dass die Beschränkung der Geschäftsfähigkeit nach § 1903 BGB legitim sei. Diese finde unter Kontrollinstanzen auf Rechtmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit statt. Ein Einwilligungsvorbehalt würde erst als Ultima Ratio und zum Wohle der zu betreuenden Person nach § 1901 BGB angewendet werden, wenn vorrangige Hilfen scheitern. Das Vorgehen würde den Assistenzgedanken der UN-BRK folgen.

Die Stellungnahme gab keinen Aufschluss über bundesweite Betreuungsfallzahlen, die mit Einwilligungsvorbehalt geführt werden. Jedoch belegt eine Erhebung von Horst Deinert, dass die Anordnung von Einwilligungsvorbehalten bis 2009 bei 14.132 von 1.291.410 rechtlich betreuten Menschen lag (Vgl. Deinert, 2012). Die hohe Fallzahl trägt dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu wenig Rechnung. Zugleich belegt die BEOPS-Studie, dass Einwilligungsvorbehalte bereits zu Beginn der Einrichtung einer Betreuung beantragt werden und vorrangige Hilfen, wie zum Beispiel Beratung, Begleitung und Unterstützung von Schuldnerberatungsstellen, zu wenig installiert werden. (Vgl. Northoff, 2011). Die Sachbearbeiterin Frau B. bestätigt die Aussage anhand praktischer Erfahrungen: „(...)Es gibt Betreuung von Anfang an mit Einwilligungs-

vorbehalt. Es gibt so eine Tendenz, dass gerade bei den jüngeren Leuten ähm..wo eigentlich so eine Betreuung gar nicht handelbar ohne so einen Einwilligungsvorbehalt ist (Vgl. Gedächtnisprotokoll 1, 21: 53- 21:54).“ In der Rechtspraxis gilt der Einwilligungsvorbehalt als legitimes Mittel, um eine Betreuung adäquat führen zu können und dem Wohl der betreuten Person und ihrem Schutz, beispielsweise vor Haustürgeschäften oder Verträgen aller Art, gerecht zu werden. Jedoch belegt der Artikel 12 Absatz 1 der UN-BRK, dass: „Menschen mit Behinderung das Recht haben als Rechtssubjekt anerkannt zu werden“ und in Absatz 2: „(...) gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen“. Menschen mit Behinderung sollen anerkannt rechtliche Fähigkeiten in Form der Assistenz erhalten und unabhängig von Form und Grad der Beeinträchtigung die *legal capacity* besitzen (Vgl. Aichele, in BGT. e.V., 2011, S. 42ff). Die *legal capacity* darf den Menschen nicht in Form einer Feststellung der Willensbestimmung abgesprochen werden. Das Absprechen der freien Willensfähigkeit stellt im Kontext einer Beeinträchtigung eine Diskriminierung dar. Der Ausschluss oder die Beschränkung der Willensfähigkeit aufgrund einer „krankhaften Störung“ nach § 104 Absatz 2 BGB, die eine Beschränkung der Rechts- und Geschäftsfähigkeit nach sich zieht, ist im Sinne des Artikel 12 der UN-BRK konventionswidrig. Die Vertragsstaaten müssen geeignete Maßnahmen nach dem Artikel 12 Absatz 3, 4, und 5 zur Herstellung der *legal capacity* ergreifen (Vgl. ebenda, S. 44-52). In diesem Kontext kann der Einwilligungsvorbehalt keines Falles als geeignete Maßnahme angesehen werden. Die Rechts- und Handlungsfähigkeit wird durch die stellvertretende Einwilligung des Betreuers zum Abschluss eines Rechtsgeschäftes benötigt. Eine stellvertretende Willenserklärung kann hierbei nicht als persönliche Assistenz zur Rechts- und Geschäftsfähigkeit gewertet werden, sondern nur als Schutzfunktion.

### **2.3.1.3 Geeignete Maßnahmen**

Wenn sich Menschen persönlich und finanziell schädigen gibt die UN-BRK zwar einen Schutzauftrag vor, jedoch muss diese Maßnahme unter strengen Aspekten der Verhältnismäßigkeit und von kurzer Dauer durchgeführt werden. Die Zahlen der Anordnung von Einwilligungsvorbehalten stellen den Widerspruch zur Konvention deutlich dar. Einwilligungsvorbehalte werden zu oft und zu wenig unter dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz durchgeführt. Das widerspricht dem Assistenzgedanken der UN-BRK und dem Grundgedanken rechtlicher Betreuung als „Verhandeln vor Stellvertretung“. Wenn sich zu betreuende Personen durch Verträge erheblich in ihrem finanziellen und persönlichen Bereich schaden, sollte dieses als *attitudinal barriers* gewertet werden (Vgl. 1.2.2.1). Dass heißt, die Beeinträchtigung und der Einsatz des Einwilligungsvorbehaltes entstehen erst durch Verträge und durch Missbrauch Dritter, welche Menschen mit Behinderung bewusst schädigen wollen. Frau E. konkretisiert Probleme, welche sie zur Beantragung eines Einwilligungsvorbehaltes veranlassen: „Es ist im Nachhinein einfacher für mich, weil die Gegenseiten lassen sich nicht darauf ein..dass ist hier so in Deutschland, weil die wollen dann schon das ich Betreuer bin sonst passiert gar nicht , da kann ich dann drei Mal

schreiben § 1896 BGB. „dass interessiert die gar nicht. Deshalb ist es für uns günstiger als Betreuer den Einwilligungsvorbehalt zu beantragen (Vgl. Gedächtnisprotokoll 2, 31:58).“ Wenn jedoch prinzipiell das Vertragsrecht im Sinne der UN-BRK überdacht wird und Verträge generell widerrufbar werden, würde ein Einwilligungsvorbehalt in der Vermögenssorge vermeidbar sein.

Zudem gibt die UN-BRK vor, dass angemessene Vorkehrungen (reasonable accomodation) zum Schutz der betreuten Person frei von Interessenskonflikten durchgeführt werden sollen (Vgl.1.2.2.2). BetreuerInnen müssen zwar ebenso im Rahmen des Einwilligungsvorbehaltes zwischen dem objektiven Wohl und den Wünschen der betreuten Person Entscheidungen abwägen, jedoch fehlen eindeutigen Kriterien zur Wohlbestimmung. Die fehlenden Kriterien führen in der betreuungsrechtlichen Praxis zu Interessenskonflikten (Vgl. Brosey, 2009, S. 30f). In der betreuungsrechtlichen Praxis überwiegt eine Tendenz von Interventionen rechtlicher BetreuerInnen zu Gunsten des objektiven Wohls, wie zum Beispiel die Zuteilung von Vermögen in Form von Taschengeldkonten, so dass keine schädlichen Ausgaben getätigt werden. Alle Handlungen die von betreuten Personen zu Ungunsten ihres Vermögens vorgenommen werden als schädlich betrachtet und die Einsicht durch Stellvertretung von BetreuerInnen ersetzt. Der Wille der zu betreuenden Person kann durch Entscheidungen der BetreuerInnen gänzlich verworfen werden. (Vgl. Brosey, 2009, S. 1-7). Der Berufsbetreuer Herr S. konkretisiert: „Alle Verträge die nicht mit mir abgesprochen sind, die cancel ich (Vgl. Gedächtnisprotokoll 3, 35:16).“

Um zu betreuende Personen in der Selbstbestimmung von Rechtsgeschäften zu fördern könnten eine Lockerung der Haftungspflicht, die Änderungen von Widerrufsrechten und -fristen im Vertragsrecht sowie eindeutige Kriterien zum Wunsch und Wohl BetreuerInnen einen größeren Handlungsspielraum geben. Unvorteilhafte Rechtsgeschäfte könnten ohne Einwilligungsvorbehalt entkräftet und die Notwendigkeit bestimmter Verträge oder Ausgaben mit der zu betreuenden Person gemeinsam besprochen und entschieden werden. Im Sinne einer angemessenen Vorkehrung (reasonable accomodation) sind diese Interventionen frei von Interessenskonflikten und lassen dem Assistenzgedanken Geltung zukommen.

### **2.3.2 Stationäre Unterbringung § 1906 BGB**

Neben dem Einwilligungsvorbehalt stellt die stationäre Unterbringung ebenso gravierende Eingriffe in die Freiheits- und Persönlichkeitsrechte von Menschen mit psychiatrischer Diagnose dar. Diese müssen aufgrund dessen in ihren rechtlichen Grundlagen auf ihre Verhältnismäßigkeit und auf ihren Ablauf geprüft werden. Im folgenden Abschnitt werden die Voraussetzungen einer Unterbringung nach §1906 BGB in Relation mit Artikel 14 „Freiheit und Sicherheit der Person“, Artikel 15 „Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe“

und Artikel 17 „Schutz der Unversehrtheit der Person“ der UN-BRK untersucht. Dabei werden die Gefahrenprognose als Voraussetzung zur Unterbringung und die Verhältnismäßigkeit analysiert sowie strukturelle Defizite und Alternativen aufgezeigt.

### 2.3.2.1 Verfahrensweise der stationären Unterbringung

Stationäre Unterbringungen können auf Grundlage von drei verschiedenen Gesetzen geschehen. Entsprechend wird in zivilrechtliche, öffentlich-rechtliche und strafrechtliche Unterbringung unterschieden.



Abb.: <http://www.coordination-nationale infirmiere.org/index.php/201005181231/Actualites/Psychiatrie-nous-avons-deux-maux-a-vous-dire.html>

Die zivilrechtliche Unterbringung erfolgt im Rahmen einer Betreuerbestellung auf Grundlage der Regelungen des BGB. Die öffentlich-rechtliche Unterbringung geschieht auf Grundlage der landesrechtlichen Regelungen zur Unterbringung von Menschen mit psychiatrischer Diagnose (PsychKG), die strafrechtliche Unterbringung auf Basis der Bestimmung des Strafgesetzbuches. Sowohl die öffentlich-rechtliche, als auch die zivilrechtliche Unterbringung kommen zur Anwendung, wenn Menschen mit psychiatrischer Diagnose sich selbst und andere Menschen gefährden. Beide Arten der Unterbringung unterliegen einem einheitlichen Verfahrensrecht, dass im „Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit“<sup>7</sup> (FamFG) manifestiert ist. Die Voraussetzungen einer Unterbringung sind jedoch unterschiedlich. So wird die öffentlich-rechtliche Unterbringung in den *Landesgesetzen über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke*, dem PsychKG, geregelt. Jedes Bundesland hat eigene Ausführungsbestimmungen zum PsychKG und Voraussetzungen zur Unterbringung. Nach dieser Regelung müssen Menschen mit psychiatrischer

<sup>7</sup> Das FamFG beinhaltet Spezialvorschriften für Betreuungs- und Unterbringungssachen ab den Paragraphen 275 FamFG und konkreter als § 312FamFG

Diagnose bei dem zuständigen Gesundheitsamt vorstellig werden, wenn ein Verdacht auf akute Erkrankung besteht. Kommt die betroffene Person dieser Aufforderung nicht nach, so kann sie zwangsweise untersucht und durch die zuständige Behörde vorgeführt werden (Vgl. Brill/Marschner, 2005, S. 165). Eine zuständige Behörde kann in diesen Fällen auch die Polizei sein. Nach Polizei- und Ordnungsrecht können betroffene Personen festgehalten werden, wenn von ihnen eine Gefahr für sich selbst oder die Gesellschaft ausgeht. In diesen Fällen ist die zwangsweise Unterbringung und Behandlung zulässig (Vgl. Crefeld, 2010, S. 28). Im Rahmen des behördlichen Verfahrens kann eine sofortige Unterbringung bis zu 24 Stunden ohne gerichtliche Genehmigung erfolgen. Ein Antrag zur Zulässigkeit und Genehmigung der Maßnahme muss dabei vom behandelnden Arzt/von der behandelnden Ärztin bei Gericht gestellt werden. Nach § 331 FamFG hat die betroffene Person das Recht, nach Ablauf der Frist von einem Richter angehört zu werden. Dieser verschafft sich einen Eindruck über den gesundheitlichen Zustand und holt zusätzlich ein Sachverständigengutachten von unabhängigen ÄrztInnen für Psychiatrie ein (Vgl. 2.2.2.2). Das Verfahren kann auch auf zivilrechtlichem Wege durch eine einstweilige Anordnung von BetreuerInnen und der Betreuungsbehörde erfolgen. Rechtliche BetreuerInnen dürfen die Unterbringung nur auf Antrag und zum Wohle des Betroffenen durchführen. Die Unterbringung darf nur im Sinne der Eigengefährdung der betreuten Person stattfinden. Diese erfolgt, wenn:

„Aufgrund einer psychischen Krankheit Gefahr besteht, dass (die betroffene Person) sich selbst tötet oder gefährdet, oder Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ärztlicher Eingriff notwendig ist und ohne Unterbringung nicht durchführbar ist, oder ein psychisch Kranker aufgrund der Krankheit die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen kann oder nach dieser Einsicht handelt (Vgl. Brill/Marschner, 2005, S. 162).“

Bei beiden Verfahren liegen massive Eingriffe in die Grundrechte der Betroffenen vor. Eine Behandlung gegen den Willen des Betroffenen ist grundsätzlich strafbar, wenn keine Rechtsgrundlage nach PsychKG oder BGB vorliegt (Vgl. Pödl, 1998, in Dietz/Pörsken/Voelzke, S. 141f).

### **2.3.2.2 Gefahrenprognose**

Nach eingehender Prüfung des §1906 Abs.1 BGB durch das Bundesministerium für Justiz sind Experten zum Ergebnis gekommen, dass dieser in den Voraussetzungen, im Ablauf und in seiner Verhältnismäßigkeit vereinbar mit der UN-BRK sei. Das Bundesministerium für Justiz rechtfertigt dies mit dem Verweis auf den Artikel 14 Absatz 1 b UN-BRK. Die Unterbringung erfolge zum Schutze von betroffenen Personen oder der Gesellschaft und zur baldigen Wiederherstellung des Selbstbestimmungsrechtes auf Grundlage von BGB und PsychKG. Eine Freiheitsentziehung sei nach dem Artikel 14 Absatz 2 legitim und nicht nur auf die Behinderung abgestellt. Diese erfolge verhältnismäßig in Abwägung der Fremd- und Selbstgefährdung, um die betroffenen Personen zu schützen. Kann ein Mensch mit

psychiatrischer Diagnose im Zustand einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung nicht seinen eigenen Willen kundtun, so muss seine Einsicht zu seinem Schutze durch die „Einsicht“ von BetreuerInnen oder FachärztInnen ersetzt werden. Die Maßnahmen seien Schutzgarantien, welche aus dem Artikel 14 der UN-BRK selbst hervorgehen würden (Vgl. Bundesministerium der Justiz, 2011, S. 4-7).

Betrachtet man den § 1906 Absatz 1 BGB in seinen Ausführungen näher, wird deutlich, dass die Freiheitsentziehung gekoppelt mit einer Beeinträchtigung gerechtfertigt ist: „auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt (§ 1906 Abs.1 BGB)“.

Nach dem Artikel 5 „Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung“ stellt die Koppelung eine Diskriminierung der „Akzeptanz der Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt“ nach Artikel 3 UN-BRK dar. Die Unterbringungsgesetze nach BGB und PsychKG sind Sondergesetze und stellen ein Ungleichgewicht zur somatischen Medizin her. Diese gelten lediglich für Menschen mit psychiatrischer Diagnose, um die Freiheitsentziehung und Zwang gegen den sogenannten natürlichen Willen zu legitimieren. Die Vorsitzende des Bundesverbandes für Psychiatrie-Erfahrene Ruth Fricke argumentiert dazu, dass Selbst- und Fremdgefährdung nur in Kombination mit psychischer Erkrankung gerechtfertigt sei. Wenn ein Diabetiker seine Medikamente verweigert und aufgrund dessen in einen Zuckerschock beim Autofahren fällt, müsste dieser nicht auch aufgrund von Selbst- und Fremdgefährdung die Freiheit entzogen bekommen? (Vgl. Fricke, in BGT e.V., 2011, S. 95ff).

Dazu erfolgt eine Gefahrenprognose nach einem kategorialen Syllogismus. Rechtliche BetreuerInnen, ÄrztInnen oder die Polizei schlussfolgern, dass sich Menschen mit psychiatrischer Diagnose in einer akuten Krise selbst oder andere gefährden. Jedoch fehlen Indizien zur tatsächlichen Gefährdung anhand objektiver Kriterien. Somit rechtfertigt letztendlich allein eine psychiatrische Diagnose oder abweichendes Verhalten die Freiheitsentziehung (Vgl. Kaleck/Hilbrans/Hummel, 2009, S. 23). Des Weiteren erfolgt eine Gefahrenprognose von FachärztInnen, BetreuerInnen und RichterInnen im Eilverfahren. Die Gefahrenprognose in Form eines fachärztlichen Gutachtens kann aufgrund fehlender Zeit Mängeln unterliegen und basiert zudem noch auf subjektiven Einschätzungen Einzelner. Der Berufsbetreuer Herr S. kann sich bei Unterbringungsanträgen ebenso nur auf die Meinung von Fachärzten hinsichtlich eines realen Gefährdungspotentials stützen: „Ja die Kriterien sind Eigen- und Fremdgefährdung und wenn ich sie nicht sehe dann will ich sie von anderen Leuten hören, die mit dem Menschen zu tun haben äh also von Fachleuten (Vgl. Gedächtnisprotokoll 3, 14:47).“ Indem RichterInnen bei der Anhörung die ärztlichen Gutachten kaum anzweifeln, sind die betroffenen Personen bei einer Fehlentscheidung in der Unterbringungsnotwendigkeit ausgeliefert. Dass Fehlerquellen bei der Beantragung einer Unterbringung und deren Rechtfertigungen von Fachleuten



existieren, belegt eine Studie bezüglich „allgemeiner Probleme bei der Anwendung von freiheitsentziehender Unterbringung sowie von unterbringungsähnlichen Maßnahmen unter dem Aspekt des richtigen Zeitpunktes der Beantragung des Amtsgerichts Hoyerswerda“. Im Resultat der Untersuchungen beantragten rechtliche BetreuerInnen Unterbringungen nach § 1906 Abs. 1 BGB unverhältnismäßig früh. Ebenso holten sich ÄrztInnen das Einverständnis für die Freiheitsentziehung von rechtlichen BetreuerInnen ein, wenn diese lediglich den Aufgabenkreis Gesundheitssorge betreuten oder übergingen BetreuerInnen bei der Beantragung freiheitsentziehender Maßnahmen. Herr S. bestätigt dies wie folgt: „(...) bei einem Fall hat die Unterbringung das Krankenhaus gestellt und ich bin letztendlich als Betreuer übergangen worden da hat mich dann auch niemand gefragt wie ich das sehe (Vgl. Gedächtnisprotokoll 3, 18:17-18:22).“ Als weiteres bestätigendes Ergebnis gaben die Autoren Andreas und Marion Bauer an, dass eine allgemeine Unsicherheit bei rechtlichen BetreuerInnen in der Abwägung von Selbstgefährdung existiere. Die Unsicherheit führe zu Fehleinschätzungen der Unterbringungsnotwendigkeit und würde zudem mangelhaft richterlich überprüft (Vgl. Bauer/Bauer, 2010, S. 35-82). Herr S. bestätigt den Aspekt mit der Aussage: „Ja dafür gibt es eigentlich nie den richtigen Zeitpunkt, weil so eine psychische Erkrankung ist ja äh.. nichts gleichbleibendes äh..psychisch Kranke sind heute quietsch-strahlende Sonne und morgen wie ein Vulkan äh..man kann den richtigen Zeitpunkt nicht abschätzen (Vgl. Gedächtnisprotokoll 3, 13:39).“

Hierbei wird deutlich, dass sich fehlende Kriterien von Selbst- und Fremdgefährdung vermeintlich auf die Qualität der betreuungsrechtlichen Arbeit auswirken und zur unverhältnismäßig frühen Beantragung einer stationären Unterbringung führen.

### **2.3.2.3 Verhältnismäßigkeiten**

Der Artikel 14 der UN-BRK beinhaltet, dass die Freiheit nicht willkürlich entzogen werden darf und auf Grundlage von Gesetzen und mit dem Ziel der Wiederherstellung von Selbstbestimmung erfolgen muss (Vgl. Art. 14 Abs. 1b, Abs. 2 UN-BRK). Die Maßnahmen sollen einen Vorteil für die zu betreuenden Personen zur Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes darstellen, mit dem Ziel innerhalb kürzester Zeit ihre volle Rechts- und Handlungsfähigkeit ausüben zu können (Vgl. Kaleck/Hilbrans/Hummel, 2009, S. 23). Wie bereits dargestellt, unterliegen PsychKGs aufgrund föderalistischer Strukturen unterschiedlichen Unterbringungs-vorraussetzungen (Vgl. 2.3.2.1). So stellte Wolf Crefeld in seiner Untersuchung fest, dass in Nordrhein-Westfalen im Vergleich zu anderen Bundesländern das Risiko zur zwangsweisen Unterbringung zehn Mal höher lag. Insofern geben die Unterbringungs-raten der Bundesländer Aufschluss über Umgangsstile und Einstellungen zu nonkonformem Verhalten (Vgl. Crefeld, 1998, in Eichholz, 2007). Das „Zwangstherapieren“ nonkonformen Verhaltens steht dem Diversity-Ansatz entgegen und kann aufgrund unterschiedlicher Vollzugspraxen als konventionswidrig und willkürlich gewertet werden. Ebenso führt die unzureichende Güterabwägung von Selbst- und Fremdgefährdung des § 1906 BGB zu einer Unverhältnismäßigkeit der Maßnahme.

So bestätigt Rolf Marschner, dass: „die Unterbringung durch den Betreuer gemäß § 1906 Abs. 1 Nr.2 BGB nicht den Anforderungen des Artikels 14 UN-BRK genügt, da sie ausschließlich an die Behinderung und die dadurch ausgelöste Behandlungsbedürftigkeit anknüpft (Marschner, in BGT e.V., 2011, S. 76).“

Die Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 BGB darf somit nur gerechtfertigt sein, wenn die Gefahr einer gewichtigen Gesundheitsschädigung vorliegt. Die Gefahr der Selbstgefährdung muss nachvollziehbar begründet und nicht prognostisch an die Krankheit gebunden werden. Dass heißt eine Person darf nicht aufgrund der psychiatrischen Diagnose untergebracht werden, weil die Gefahr bestehen könnte, dass sie sich selber schädigt. Die „Freiheit zur Krankheit“ muss als Recht eines jeden Menschen geachtet werden. Durch vorzeitige Unterbringung wird diesem Recht zu wenig Geltung verschafft (Vgl. Marschner, in BGT. e.V., 2011, S. 74-77). Rechtliche BetreuerInnen müssen sich der ordnungspolitischen Funktion der Psychiatrie bewusst sein und Abwägungen treffen, ob eine stationäre Unterbringung zur gesundheitlichen Genesung der betreuten Person beiträgt oder diese aufgrund des Drängens Dritter besteht. Der Berufsbetreuer Herr S. differenziert die Gründe zur Beantragung: „Ich trenn das für mich selber...äh ich arbeite zwar mit dem Gesetz aber bevor ich eine Unterbringung oder unterbringungsähnliche Maßnahmen beantrage, muss vorher klar sein was für ein Ziel die Geschichte verfolgt (Vgl. Gedächtnisprotokoll 3, , 11:22- 11:24).“

Die übermäßige Beantragung stationärer Unterbringungen zeigt sich speziell bei ehrenamtlichen BetreuerInnen. So beantragten bevollmächtigte Angehörige im Jahre 2009, 6952 Mal eine Unterbringung von insgesamt 54.131 aufgezeichneten Unterbringungsanträgen (Vgl. Deinert, 2009). Ebenso belegt die Untersuchung von Andreas und Marion Bauer, dass von 4384 Betreuungsfällen 512 Unterbringungsverfahren lediglich zu 10,15% von Berufsbetreuern und zu 89,85% durch bevollmächtigte Verwandte oder ehrenamtliche Betreuer beantragt wurden. Erheblich war, dass bei keiner der betroffenen Personen eine Selbstgefährdung bestand (Vgl. Bauer/Bauer, 2010, S. 8-26). Die Berufsbetreuerin Frau E. bestätigt: „Es wird oft angefragt ‚Schließt die doch mal weg‘ Angehörige...und dann muss ich sagen ‚Nein das ist keine Fremdgefährdung und Eigengefährdung‘, derjenige ist berechtigt so durch die Welt zu gehen (Vgl. Gedächtnisprotokoll 2 ,10:05).“ Die Entscheidung der Beantragung und Initiierung von stationären Unterbringungen und Heilbehandlung unterliegen einem hohen Maß an fachlichen Erfahrungen, Werthaltungen, Sensibilität im Umgang mit krisenhaften Entwicklungen und dem Grad an Toleranz gegenüber abweichendem Verhalten von Seiten der rechtlichen BetreuerInnen, Bevollmächtigten und RichterInnen. Um Fehlentscheidungen zu unterbinden ist eine verstärkte Beratung von ehrenamtlichen BetreuerInnen durch Betreuungsvereine, einhergehend mit einheitlichen Qualitätsstandards und fachlichen Kriterien zur Beantragung einer Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 BGB zwingend notwendig. Diese Aspekte bestätigten Andreas und Marion Bauer. In den Betreuungsvereinen Rheinland seien nach der Einführung von Gutachten in Form einer Reflektion der Verhältnismäßigkeit und ausführlichen Beschreibungen der Umstände, die Unterbringungsraten zurückgegan-

gen und es wurde auf mildernde Alternativen zugegriffen (Vgl. Bauer/Bauer, 2010, S. 28).

#### **2.3.2.4 Paradigmenwechsel für Alternativen**

Die Psychiaterin Margret Osterfeld berichtet in ihrem Vortrag „Verschlossene Türen für Wechsel“, dass seit der Psychiatriereform Zwangseinweisungen und Suizidzahlen trotz biologisch-naturwissenschaftlich-psychiatrischer Bemühungen über die Jahre eher zugenommen hätten (Vgl. Osterfeld, in BGT e.V., 2011, S. 86f). Wird eine stationäre Unterbringung gegen den Willen und zum Schutz der betroffenen Person durchgeführt, so kann deren Notwendigkeit nicht nur mit der fehlenden Einsicht der betreuten Personen begründet werden. Der Blick muss eher auf unzureichende Hilfestrukturen hinsichtlich der Vorbeugung schwerer psychischer Krisen und mangelnde Alternativen zur stationären Behandlung gerichtet werden. So können zum Beispiel „Weglaufhäuser“ oder „Krisenpensionen“ und Kliniken mit Soteria-Ansätzen durch transparente Behandlungen unter Einbezug der Angehörigen und Psychiatrieerfahrenen ohne Anwendung von Zwang gestaltet werden. Professor Peter Kruckenberg konkretisiert Alternativen mit der Einführung von Hometreatment<sup>8</sup>, mobilen Krisendiensten, einer kontinuierlichen verlaufsangepassten ambulanten Behandlung sowie Hilfen zur Teilhabe im gemeindenahen Verbund (Vgl. Kruckenberg, BGT e.V., 2011, S. 80-85).

Eine Unterbringung muss in jedem Falle in Abwägung des Für und Widers im Sinne der UN-BRK stattfinden. Die Vorteile müssen für die zu betreuende Person überwiegender sein, als die Nachteile. Zu diesen gehören ebenso Traumatisierungen infolge einer Zwangseinweisung. So beschreibt Ruth Fricke auf einer Fachtagung: „Wer erstmal mit Handschelle in seiner erste Krise abgeführt wird, hat jeden Glauben an Hilfe verloren (Fricke, 2010).“ Da rechtliche BetreuerInnen nach dem § 1901 a BGB, den mutmaßlichen Willen Geltung verschaffen und als Anwalt der betreuten Person fungieren müssen (Vgl. § 1901 a BGB), wäre die Streichung des § 1906 Abs.1 BGB einhergehend mit einer einheitlichen Anpassung der PsychKGs überlegenswert. So beschreibt Peter Kruckenberg, dass: „eine Erweiterung der Indikationsstellung der sowieso zu vereinheitlichenden PsychKGesetze besser in einen übergreifenden Rahmen gestellt werden sollte, bedarf sorgfältiger Prüfung. Die Übertragung der Verantwortung für die Beantragung einer Unterbringung grundsätzlich auf den Sozialpsychiatrischen Dienst, der entsprechend ausgestattet werden müsste (Kruckenberg, in BGT e.V., 2011, S. 83).“

---

<sup>8</sup> Mit der Einführung des Hometreatment soll eine personenzentrierte psychiatrische Versorgung bewirkt werden, welche sich an den tatsächlichen Bedarfen der Nutzer orientiert. Dabei werden Klienten in ihrem häuslichen Umfeld aufgesucht, nach einer stationären Behandlung frühzeitig weiter behandelt und bedarfsgerechte Unterstützungsangebote initiiert, um Rückfälle und stationäre Wiederaufnahmen zu verhindern.

Im Sinne der UN-BRK ist es ratsam, dass Unterbringungen nur noch durch den Sozio-psychiatrischen Dienst erfolgen. Dabei sollten vorrangige Maßnahmen wie Hometreatment, Krisendienste und eine optimal ausgestattete psychiatrische Gemeindeversorgung der Person vor einer stationären Unterbringung zur Auswahl stehen. Eine Unterbringung aufgrund einer Fremdgefährdung könnte nur noch auf der Basis des Polizei- und Ordnungsrechtes veranlasst werden. Dieses Gesetz gilt für alle Bürger und würde demnach nicht mehr direkt oder indirekt an eine Beeinträchtigung oder psychiatrische Diagnose gekoppelt sein.

Würde eine Unterbringung nach PsychKG aufgrund von Selbstgefährdung in Betracht kommen, könnten BetreuerInnen dem Willen, den Bedürfnissen und Interessen der betroffenen Person im Sinne einer persönlichen Assistenz Geltung verschaffen. Die Beziehung und Zusammenarbeit von BetreuerInnen und zu betreuender Person wird durch das Erlassen der Zwangsbefugnisse gestärkt und kann offenen oder latenten Machtmissbrauch verhindern. Um die Würde und Integrität der Person in einem Unterbringungskontext zu beachten, sollten zusätzlich Ethikkommissionen hinzugezogen werden. Bei einer Menschenrechtsverletzung, mangelnder ärztlicher Aufklärung oder bei Behandlungsfehlern könnten diese der betroffenen Person als Kontrollorgan beistehen und deren Rechte einfordern.

### **2.3.3 Unterbringungsähnliche Maßnahmen und Heilbehandlung**

In den vorhergehenden Punkten wurden bereits Maßnahmen geschildert, welche Einwilligungsvorbehalte und stationäre Unterbringung im Sinne der UN-BRK vermeiden könnten. Als letzter persönlichkeits- und freiheitseinschränkender Aufgabenkreis werden unterbringungsähnliche Maßnahmen im Rahmen der UN-BRK geprüft, sowie Alternativen zur Vermeidung der Maßnahmen und Verantwortlichkeiten von rechtlichen BetreuerInnen aufgezeigt.

#### ***2.3.3.1 Verfahrensweisen bei unterbringungsähnlichen Maßnahmen***

Aus betreuungsrechtlicher Sicht werden neben der bereits beschriebenen stationären Unterbringung unterbringungsähnliche Maßnahmen als Zwangsformen angesehen. Andrea Diekmann definierte diese wie folgt:

„(...) wenn der Betroffene gegen seinen Willen oder im Zustand der Willenlosigkeit in einem räumlich begrenzten Bereich eines geschlossenen Krankenhauses (...) oder dem geschlossenen Teil einer solchen Einrichtung festgehalten, sein Aufenthalt ständig überwacht und die Kontaktaufnahme mit Personen außerhalb des Bereiches eingeschränkt wird (Diekmann, 2010, S. 56).“

Die unterbringungsähnlichen Maßnahmen stellen die zweite Form der Zwangsmaßnahmen dar. Diese sind in dem § 1906 Absatz 1 bis 3 BGB geregelt. Eine unterbringungsähnliche Maßnahme liegt vor, wenn eine Person in ihrer natürlichen Bewe-

gungsfreiheit eingeschränkt wird, ohne dabei auf einer geschlossenen Station untergebracht zu sein (Vgl. Diekmann, 2010, S. 57). Die natürliche Bewegungsfreiheit wird ebenfalls eingeschränkt, wenn der Patient bei einer Fünfpunktfixierung an Armen, Bauch und Beinen mittels eines Gurtes am Bett gefesselt wird. Bei der Zwangsisolierung wird der Patient in ein eingerichtetes Zimmer eingeschlossen. Das Zimmer enthält kein bewegliches Mobiliar und nur eine Bodenmatratze. Der Patient wird durch ein Fenster oder mit Hilfe einer Kamera vom Personal überwacht (Vgl. Pape, 2007, S. 15f). Die natürliche Bewegungsfreiheit wird ebenso durch sedierende und bewusstseinsbeeinträchtigende Medikamente einschränkt. Dazu zählen alle Arten von Sedativa und Psychopharmaka. Aus betreuungsrechtlicher Sicht werden Psychopharmaka in einer bestehenden therapeutischen Behandlung nicht als unterbringungsähnliche Maßnahme definiert. Die Gabe von Psychopharmaka bedarf bei einer freiwilligen Einnahme des Patienten keiner Genehmigung des Betreuungsgerichtes.

### ***2.3.3.2 Verfahrensweisen zur Zwangsbehandlung***

Eine Behandlung gegen den Willen einer zu betreuenden Person ist während einer Unterbringung nur gerechtfertigt, wenn die Behandlung nicht Anlass der Unterbringung nach § 1906 BGB Abs. 1 war und eine Prüfung über Vor- und Nachteile, Art, Inhalt und Dauer der Behandlungsmaßnahme von ÄrztInnen und rechtlichen BetreuerInnen erfolgt ist. Bei dieser Prüfung sind die negativen und traumatischen Wirkungen von Zwang mit einzubeziehen. Eine pharmakologische Behandlung muss eine größere therapeutische Wirkung erzielen als die Nebenwirkungen des Medikamentes. Rechtliche BetreuerInnen dürfen nur eine Behandlungszustimmung oder Ablehnung erteilen, wenn die zu betreuende Person nach einer erneuten Prüfung der „Willensfähigkeit“ als „einwilligungsunfähig“ von ÄrztInnen und RichterInnen befunden wurde. Eine Behandlung muss in diesem Kontext eine Genehmigung vom Gericht erhalten (Vgl. Pardey, 2009, S. 126f.). Wenn die zu betreuende Person jedoch zu diesem Zeitpunkt einwilligungsfähig ist, haben BetreuerInnen kein Mitspracherecht über die Behandlungsmaßnahmen. Jene müssen ebenso die von ihnen als unvernünftig definierten Ansichten der zu betreuenden Person hinsichtlich des Gesundheitszustandes beachten. Die zu betreuende Person kann hierbei in Behandlungen einwilligen oder sie ablehnen (Vgl. Pödl, 1998, in: Dietz/Pörsken/Voelzke, S. 143). Aus dem Aspekt der Rechtssicherheit heraus beziehen die behandelnden ÄrztInnen bei Entscheidungen rechtliche BetreuerInnen mit ein, denn eine Eindeutigkeit über die Willenserhebung sowie Einsichts- und Steuerungsfähigkeit der zu betreuenden Person sind aus ärztlicher Sicht nicht immer nachweisbar. Beide stehen in dem Spannungsfeld, sich bei Fehlentscheidungen strafrechtlich verantworten zu müssen, das heißt durch eine Körperverletzung bei Zwangsbehandlung und eine unterlassene Hilfeleistung bei

Behandlungsablehnung (Vgl. Popp, 2003, S. 66). Das Recht auf die Selbstbestimmung der zu betreuenden Person in der Behandlung wird dabei eingeschränkt, da BetreuerInnen vorwiegend zum objektiven Wohl handeln. Die Behandlungsentscheidung würde somit bei den BetreuerInnen liegen. Jedoch haben diese nach der Verabschiedung des Patientenverfügungsgesetzes am 01.09.2009 die Pflicht, dem Willen der zu betreuenden Person Geltung zu verschaffen, wenn dieser in einer Patientenverfügung<sup>9</sup> voraus verfügt wurde (Vgl. § 1901 a BGB). Hat die Person keine Patientenverfügung verfasst, müssen BetreuerInnen den mutmaßlichen Willen anhand vorheriger Aussagen über Behandlungswünsche der zu betreuenden Person selbst oder der Angehörigen erkunden (Vgl. § 1901 b BGB).

Eine Zwangsbehandlung ist nur mit einer Genehmigung durch das Betreuungsgericht zulässig, wenn Aufschub in Gefahr besteht und die zu betreuende Person durch das Unterlassen der Maßnahme gesundheitlichen Schaden erleidet. Diese Gefahr ergibt sich ebenfalls, wenn die Person lebensnotwendige Medikamente ablehnt (Vgl. Pardey, 2009, S. 127).

### ***2.3.3.3 Zwangsmaßnahmen im Sinne der UN-BRK***

Der Deutsche Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. ließ eine gutachterliche Stellungnahme anlässlich der Ratifikation der UN Disability Convention am Beispiel der Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung nach dem PsychKG Berlin veranlassen (Vgl. Kaleck/Hummel/Hilbrans, 2009). Im Ergebnis wurde festgestellt, dass Zwangsbehandlung und Unterbringung nach dem bestehenden PsychKG in Voraussetzungen und Durchführung nicht konventionskonform seien. Darauf bezugnehmend ließ die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) ebenfalls ein Gutachten erstellen, um jenes zu widerlegen (Vgl. Olzen, 2009). Analog zum Aktionsplan und zu den Stellungnahmen des Bundesministeriums für Justiz würden die Freiheitsentziehung und die Zwangsbehandlung im Einklang mit dem Gesetz und dem Artikel 12 der UN-BRK stehen, da diese unter strengen Voraussetzungen und zum Schutze der Menschen angewendet werden (Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2010, S. 88ff.). Verfolgt man jedoch aktuelle Beschlüsse, so zeigen sich Unstimmigkeiten in der Legitimation von Behandlungen gegen den Willen. Einzelne Gerichte dementieren die Rechtsgrundlagen mit Beschlüssen. Nach Beschluss des obersten Gerichtshofs Celle vom 03.08.2011 wird die Zwangsbehandlung aufgrund von Fremdgefährdung untersagt: „Eine Zwangsbehandlung zur Abwendung von Gefahren für Leib und Gesundheit von Mitpatienten oder Pflegepersonal lässt das Niedersächsi-

---

<sup>9</sup> Speziell für Menschen mit psychiatrischer Diagnose besteht die Möglichkeit eine psychiatrische Patientenverfügung „PatVerfü“ zu erstellen. Mit Hilfe der Patientenverfügung können die Betroffenen eine Unterbringung, unterbringungsähnliche Maßnahmen, gerichtliche Bestellung eines rechtlichen Betreuers gegen ihren Willen sowie die Zuweisung von einer psychiatrischer Diagnose unterbinden (Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V., 2012)

sche Maßregelvollzugsgesetz (Nds MVollzG) nicht zu. Für die Abwehr von Gefahren für Dritte kann nicht auf Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen des Patienten zurückgegriffen werden.“ Am 01.08.2011 lehnt das Oberste Landgericht Zweibrücken nicht nur die Legitimation zur Zwangsbehandlung aufgrund von Fremdgefährdung, sondern ebenso bei Selbstgefährdung ab: „Es ist der Klinik verwehrt gegen den entgegenstehenden Willen eines einwilligungsfähigen Untergebrachten eine interkurrente Erkrankung zwangsweise zu behandeln, auch dann, wenn die Verweigerung der Behandlung lebensgefährlich ist.“ Das Amtsgericht Nürtingen stellt die Behandlung gegen den Willen zu betreuender Menschen nicht auf der Willensfähigkeit ab, sondern verallgemeinert, dass Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen nicht gegen ihren Willen behandelt werden dürfen. Der Bundesgerichtshof erteilte mit einem Urteil am 23.01.2008 rechtlichen BetreuerInnen und ÄrztInnen ebenso Kriterien der Unterbringungs voraussetzung: „Das Vormundschaftsgericht darf die Unterbringung des Betroffenen in einer geschlossenen Einrichtung nicht genehmigen, wenn die Freiheitsentziehung als solche nicht notwendig ist und die Genehmigung letztlich nur eine Rechtsgrundlage abgeben soll, den Betroffenen in einer offenen Abteilung der Einrichtung einer erforderlichen auch zwangsweisen Behandlung mit Medikamenten zu unterziehen.“ Zugleich manifestierte das Patientenverfügungsgesetz als dritte Betreuungsrechtsänderung das Selbstbestimmungsrecht von PatientInnen (Vgl. DGPPN, 2012). Im Falle einer diagnostizierten Einwilligungsunfähigkeit dürfen rechtmäßig keine unterbringungsähnlichen Maßnahmen oder Behandlungen gegen ihren Willen durchgeführt werden, wenn diese in einer Patientenverfügung untersagt sind (Vgl. § 1901 a BGB). Die vorangestellten Beschlüsse belegten, dass unterbringungsähnliche Maßnahmen und Behandlungen gegen den Willen einer erneuten Prüfung der Rechtsbefugnisse erfordern. Vergleicht man dazu die englische Fassung der UN-BRK, stützt sich die geforderte „geeignete Schutzmaßnahme zur Selbstgefährdung“ auf das Wort *support*. Demnach müssen als unterstützende Maßnahme psychiatrische Kliniken den PatientInnen freiwillige Angebote, infolge ausreichender ärztlicher Aufklärung und das Recht auf Ablehnung von medizinischen Maßnahmen einräumen (Vgl. Kaleck/Hilbrans/Hummel, 2009, S. 31-34). Die Fürsorge gegen den Willen der PatientInnen ist nicht mit dem Artikel 12 Abs. 3 der UN-BRK in Verbindung mit dem Artikel 25 UN-BRK vereinbar, so dass ein Paradigmenwechsel in der Behandlung von Menschen mit psychiatrischer Diagnose erfolgen muss.

### 2.3.3.4 Paradigmenwechsel

Die Psychiaterin Margret Osterfeld empörte sich über das Gutachten ihrer Kollegen der DGPPN zur Aufrechterhaltung der Zwangspsychiatrie: „Schauen wir Praktiker der klinischen Psychiatrie wirklich selbstkritisch in den Spiegel? Oder wollen wir die langjährige, gut eingespielte klinische Praxis nicht lieber fortsetzen, weil wir wissen, dass so aus den Kassen der Solidargemeinschaft viele Klinikbetten und Klinikassen gefüllt werden (Osterfeld, in BGT e.V., S. 86).“

Die Notwendigkeit der Anwendung von unterbringungsähnlichen Maßnahmen ist abhängig von der Haltung, Einstellung und der personellen Auslastung psychiatrischer Kliniken und kann nicht mit einer Non-Compliance begründet werden. So berichten Prof. Dr. Aderhold und Prof. Dr. Crefeld, dass im Ergebnis verschiedenster

Studien 50-75% der psychotischen PatientInnen die Behandlung nicht nur aufgrund einer „Non-Compliance“ ablehnen. Diese resultiere aus unzureichender Aufklärung, belastenden Nebenwirkungen von Psychopharmaka und Misstrauen gegenüber den erhaltenen Informationen (Vgl. Aderhold/Crefeld, 2010, S.61). Zudem erleiden PatientInnen nach dem Eingriff Traumatisierungen und nehmen nach einem Klinikaufenthalt weniger soziale Dienste, Arztbesuche und ambulante Hilfsangebote in Anspruch. Aus der Angst vor dem Helfersystem kann eine Unterversorgung entstehen, welche zu einem „Drehtür-Effekt“ der PatientInnen führt (Vgl. Pfiffner, 2010, S. 8f.). Frau B. bestätigt, dass Einrichtungen für mehr Alternativen sensibilisiert werden sollten: „(...)Ähm man versucht immer Alternativen heraus zu arbeiten. Sei es mit den Angehörigen, dass die das diskutieren, mit den Einrichtungen. Es hat sich auch viel sensibilisiert, wenngleich es ein langer Weg ist. Aufgrund der personellen Unterbesetzung in Einrichtungen ja (Vgl. Gedächtnisprotokoll 1, 10:16-10:17).“

Die Studien ReduFix und EUNOMIA belegten in Untersuchungen Hintergründe und Einflussfaktoren von unterbringungsähnlichen Maßnahmen und entwickelten qualitative Handlungsleitlinien zum Rückgang von Fixierungen und Isolierungen (Vgl. Klie, 2010, in BGT e.V., S. 123-129). Die Verhinderung von Zwangsmaßnahmen wurde erreicht mit einer Dezimierung der Behandlungsplätze auf Stationen, der Mischung von PatientInnen mit und ohne Gewaltrisiko, ein vertrauensvolles therapeutisches Milieu, Deeskalationstrainingsprogramme als Personalweiterbildung, Öffnung und klare transparente Strukturen auf psychiatrischen Stationen (Vgl. Kallert in Bauer/ Lammel/Sutarski/ Lau, 2011, S. 73-81). Die Klinik Gütersloh minimierte Rückfallquoten, Zwangsmaßnahmen und Zwangsmedikation durch die Einbeziehung von Psychiatrieerfahrenen in Form von dialogisch entwickelten Therapieangeboten, Soteria-Ansätzen, der bedürfnisangepassten Behandlung „need adapted treatment“ sowie der Anwendung von Behandlungsvereinbarungen (Vgl. Fricke, 2010, S. 9). Ebenso wurde den PatientInnen die Möglichkeit angeboten, eine Behandlung ohne Psychopharmaka oder nur in geringen Dosierungen durchzuführen. Im Rahmen der UN-BRK sind eine bedürfnisangepasste Behandlung und Verbesserung der personellen Ausstattung unablässig. Zudem sollten sich medizinische Forschungen nicht nur auf Psychopharmaka reduzieren, sondern ebenso Alternativbehandlungen berücksichtigen. Ein Paradigmenwechsel zur Verhinderung von unterbringungsähnlichen Maßnahmen im Rahmen der UN-BRK müsste demnach als Abbau defizitärer Helferstrukturen erfolgen.

### **2.3.3.5 Verantwortlichkeiten von BetreuerInnen**

Wenn im Kontext einer psychiatrischen Behandlung Maßnahmen angewandt werden, dürfen sich rechtliche BetreuerInnen nicht zum „Ersatzspieler“ ärztlicher Ratschläge machen lassen. Im Rahmen der Gesundheitssorge und unabhängig von einer genehmigten Unterbringung oder unterbringungsähnlichen Maßnahmen müssen sie ärztli-



che Aufklärung einfordern. Der Berufsbetreuer Herr S. legt darauf großen Wert: „Ich lege darauf Wert, dass sich das Krankenhaus an Absprachen hält natürlich liegt der Blick dann darauf dass da kein Unfug getrieben wird, dass das nicht ausgenutzt wird..äh.. Stichwort (Anonymisierte) Klinik ((lachen))..dass da keine komischen Tablettentest gemacht wird (Vgl. Gedächtnisprotokoll 3,18:55-19:10).“

Von rechtlichen BetreuerInnen verlangt dies ein hohes Maß an psychiatrischem Wissen im Hinblick auf die Auswirkungen von Psychopharmaka sowie deren Vor- und Nachteile, um Entscheidungen im Sinne und zusammen mit der zu betreuenden Person treffen zu können. Die Sachbearbeiterin der Betreuungsbehörde Frau B. betont die Aufklärungspflicht: „Natürlich (...) sollte der Betreuer auch Dolmetscherfunktion einnehmen, wenn medizinische Maßnahmen anstehen, solange wie der Betroffene das dann halt auch nachvollziehen kann (Vgl. Gedächtnisprotokoll 1, 15:37-15:40).“ In der betreuungsrechtlichen Praxis beziehen ÄrztInnen die BetreuerInnen in Behandlungsabsprachen nur geringfügig mit ein. Die Berufsbetreuerin Frau E. bemängelt die Kooperation von FachärztInnen: „(...)weil die Ärzte so einen Machtposition haben, das ist dann ganz schwer, da eine Kritik anzubringen, dass kann ich versuchen und das habe ich auch getan, aber da..treffe ich auf Unverständnis und mhm wenig Kooperation (...) also die Klinikärzte machen alles richtig und da habe ich mir so gedacht..na gut, wenn ich es nicht klären kann, wie soll es derjenige dann selber tun (Vgl. Gedächtnisprotokoll 2, 18:01-18:15).“ Jedoch haben die behandelnden ÄrztInnen im Rahmen des Patientenverfügungsgesetzes keine Omnipotenz inne, sondern eine Beratungsfunktion über das weitere Behandlungsvorgehen. Dem mutmaßlichen Willen der zu betreuenden Person muss von rechtlichen BetreuerInnen in Abwägung des Für und Wider Geltung verschafft werden. Demzufolge müssen Rechtliche BetreuerInnen darauf achten, dass Aufklärungsgespräche ohne verbalen Zwang und nachvollziehbar gestaltet werden. Unabhängig von der Willensbestimmung müssen Maßnahmen im Einverständnis mit PatientInnen abgeklärt und Behandlungsmaßnahmen besprochen werden, die vorwiegend einen größeren Nutzen als Schaden darstellen. Speziell wegen der großen Nebenwirkungen und Spätschäden von Psychopharmaka<sup>10</sup> bedarf es einer regelmäßigen Kontrolle der Verhältnismäßigkeit. So bestätigt Prof. Wolf Crefeld, dass durch hohe Dosierungen von Psychopharmaka erst psychotische Symptome ausgelöst werden (Vgl. Crefeld, 2010, BGT e.V., S. 105ff). Wird in einer akut gefährdenden Situation dennoch eine unterbringungsähnliche Maßnahme angewandt, müssen im Vorfeld vorrangig vermeidende Maßnahmen besprochen werden. BetreuerInnen dürfen hierbei nicht die Verantwortung abgeben und allein FachärztInnen die Entscheidungen überlassen. Frau S. kommentiert dazu: „Also ich bin ja bei der Therapie nicht dabei, da kann man sich vorstellen wie man mit einer Unruhe oder eine Psychose in die Psychiatrie eingeliefert und wird fixiert, da habe ich keinen Einfluss darauf. Ich kann dann in dem Moment nicht sagen, dass soll nicht stattfinden, weil ich nicht weiß was dann passiert. Die Verantwortung übertrage ich dann in dem Moment dem Arzt, in der Annahme, dass er dann weiß was er tut (Vgl. Gedächtnisprotokoll 2, 20:09-21:32).“

---

<sup>10</sup> Zu den Spätschäden zählen eine erhöhte Rückfallquote nach abruptem Absetzen, Neuroleptika induzierte Defizitsyndrome, Neurodegeneration, erhöhtes Mortalitätsrisiko durch Herztod oder metabolisches Syndrom, Spätdyskinesien und sexuelle Funktionsstörungen (Vgl. Aderhold/Crefeld, 2010, S. 60).

Erfolgsversprechender sucht der Berufsbetreuer Herr S. in diesen Fällen ein Vorgespräch mit der betreuten Person. Mit Hilfe einer stabilen Beziehung und durch das Gespräch über die Alternativmöglichkeiten nutzt Herr S. unproblematische Phasen, um mit der betreuten Person Perspektiven zu besprechen, benennt aber folgende Probleme im Umgang mit zu betreuenden Personen in akuten Situationen: „Manchmal ist es so, dass man gerade in diesen Situationen von dem Betreuten abgelehnt wird, weil die Schuld projiziert wird auf den Betreuer, der hat hier dafür gesorgt, dass ich weggeschlossen werde“ (Vgl. Gedächtnisprotokoll 3, 19:10-19:24).“

Trotz einer vermeintlich problematischen Beziehung sind rechtliche BetreuerInnen in der Pflicht, folgende Fragestellungen unter Einbeziehung der zu betreuenden Person, ÄrztInnen, RichterInnen und Pflegepersonal zu reflektieren: „Welcher Handlungsbedarf besteht und warum? Welche Alternativen sind dazu möglich? Welche Hilfsmöglichkeiten sind mit einzubeziehen? Stimmt die Ablaufkonzeption für die Umsetzung einer Zwangsmaßnahme? Was muss als vertrauensbildende Maßnahme für die Zeit danach konzipiert werden (Vgl. Pardey, 2009, S. 154)? Dabei müssen die Maßnahmen gewählt werden, die am wenigsten traumatisieren. Diese müssen unter strenger Kontrolle und Dokumentation der Verhältnismäßigkeit und nachhaltiger Reflektion mit der Person besprochen werden, um eine Retraumatisierung zu verhindern. Frau B. betont die nachhaltige Reflektion: „(...) das ist immer sehr schwierig, weil dann kann man auch immer nur mit ganz viel Einfühlung und ganz viel Erklärungen im Grunde Kontakt mit dem Betroffenen aufnehmen und vielleicht, dass der Betreuer unter Umständen im Vorfeld mit dabei ist ähm.. oder während dessen..oder das man immer wieder erklärt (Vgl. Gedächtnisprotokoll 1, 11:45-11:47).“ Das Reflektieren und die Aufarbeitung durch rechtliche BetreuerInnen und der zu betreuenden Person muss als vertrauensbildende Maßnahme unabhängig von der Art des Zwanges erfolgen (Vgl. Quindel, 2005, S.70- 74).

## **2.4 Zwischenfazit**

Im zweiten Kapitel wurden strukturelle Defizite in betreuungsrechtlichen Verfahrensweisen und praktischen Ausführungen aufgezeigt. An dieser Stelle können folgende zentrale Ergebnisse als Novellierungen von betreuungsrechtlichen Verfahrensweisen festgestellt werden, die den Grundgedanken der UN- BRK Geltung verleihen. Eine detaillierte Auswertung der Thesen und Zusammenfassung der Ergebnisse erfolgt in der Schlussbetrachtung.

Um rechtliche Betreuung zu vermeiden und den Assistenz-, Subsidiaritäts- und Resozialisationsgedanken zu verwirklichen, müssen sowohl niedrigschwellige Hilfen geschaffen werden, die vorrangig Beratung und Begleitung in rechtlichen Angelegenheiten realisieren, als auch bürokratische Barrieren abgebaut werden. Folglich muss eine Novellierung der Betreuungsvorraussetzung (§ 1896 BGB) eintreten. Eine konventionskonforme Definition zur Vorraussetzung von rechtlicher Assistenz sollte gesellschaftliche Barrieren, mangelnde familiäre Unterstützung sowie Hilfen zur

rechtlichen Assistenz hervorheben. Zur Vermittlung von vorrangigen Hilfen müssen Betreuungsbehörden entsprechend personell ausgestattet und die Zusammenarbeit mit Betreuungsgerichten sowie die Qualität der Sachverständigengutachten verbessert werden. Um eine Betreuungsnotwendigkeit zu begründen reichen medizinische Sachverständigengutachten und eine Diagnose nach ICD 10 nicht aus, da sich Einschränkungen von rechtlichen Angelegenheiten in sozialen Bereichen vollziehen.

Um den Resozialisationsgedanken und den Grundsatz „Verhandeln vor Stellvertretung“ adäquat umzusetzen, müssen berufliche Rahmenbedingungen rechtlicher BetreuerInnen verändert werden. Das Stundenkontingent sollten individueller und bedürfnisorientierter auf die zu betreuende Person angepasst werden. Eine rechtliche Assistenz kann nur mit einer einheitlichen Aus- und Weiterbildungspflicht rechtlicher BetreuerInnen und einer Verbesserung der beruflichen Rahmenbedingungen erfolgen. Des Weiteren wurden folgende Alternativen in den persönlichkeits- und freiheitseinschränkenden Aufgabenkreisen eruiert. Der Einwilligungsvorbehalt stellt nach Artikel 12 Abs. 2 UN-BRK keine geeignete Maßnahme zur Herstellung von Rechts- und Handlungsfähigkeit dar. Um die sogenannte Schutzmaßnahme zu vermeiden sollten Kündigungsfristen sowie Widerruffristen und -rechte im Vertragsrecht überdacht werden. Zu betreuende Personen könnten somit durch Beratung und Unterstützung von rechtlichen BetreuerInnen in der Vermögenssorge rechtsgeschäftliche Handlungen ausführen. Diese Interventionen sind im Sinne angemessener Vorkehrungen (reasonable accomodation) nach Artikel 12 UN-BRK und frei von Interessenskonflikten.

In der Untersuchung zu Vorraussetzungen und Durchführung von stationärer Unterbringung wurden folgende Ergebnisse ermittelt: Um einheitliche Vorraussetzungen und eine Verhältnismäßigkeit zur stationären Unterbringung zu gewährleisten müssen die PsychKGs angepasst werden. Eine Unterbringungsnotwendigkeit darf lediglich anhand von objektiven Kriterien in der Selbstgefährdung nach PsychKG erfolgen. Liegt eine tatsächliche Fremdgefährdung vor, würde diese durch das Polizei- und Ordnungsrecht abgedeckt werden. Da das Gesetz für jeden Bürger gilt und somit kein Sonderrecht für Menschen mit psychischen Erkrankungen darstellt, trägt die Alternative dem Grundgedanken der UN-BRK Rechnung. Im Zuge dessen ist es überlegenswert, den § 1906 Abs. 1 BGB aus dem BGB zu entfernen. Rechtliche BetreuerInnen würden die persönlichkeits- und freiheitseinschränkenden Maßnahmen nicht mehr zu verantworten haben. Im Rahmen der Gesundheitssorge könnten diese den Willen der zu betreuenden Person in Behandlungssachen durchsetzen und somit einen Machtmissbrauch verhindern. Um Rechte der betroffenen Personen bei einer stationären Unterbringung zu wahren ist der Ausbau und Einsatz von Ethikkommissionen ebenso notwendig. Als Alternative sollten individuelle Möglichkeiten in Form

von angepassten Hilfen geschaffen werden, wie Hometreatment und ambulante Krisendienste. Ebenso dürfen Behandlungen im Rahmen der Artikel 12 und 25 UN-BRK nur als freiwillige Angebote unterbreitet werden. Nach ausführlicher ärztlicher Aufklärung und unabhängig von einer Willensbestimmung haben PatientInnen das Recht Behandlungen abzulehnen. Dosierungen von Psychopharmaka sollten unter ständiger Kontrolle und mit PatientInnen gemeinsam abgestimmt werden. Somit könnten starke Nebenwirkungen und Absetzversuche der PatientInnen vermieden werden. Es müssen alternative Angebote zu pharmakologischer Behandlung bereitgestellt werden. Diese sollten individuell, trialogisch entwickelt und bedürfnisgerecht nach Soteria-Ansätzen ausgerichtet sein. Um unterbringungsähnliche Maßnahmen zu vermeiden ist es zwingend notwendig, dass gerade Akutstationen ausreichend personell besetzt, Behandlungsplätze verringert, Stationen geöffnet und PatientInnen mit Gewaltisiko auf den Stationen verteilt werden. Mit Hilfe von Deeskalationstrainings und Weiterbildungen können psychiatrisch Tätige auf Alternativen spezialisiert werden.

### 3 Handlungsleitlinien zur Förderung des Empowerment

Gemäß des Artikel 31 der UN-BRK mit den Forderungen der „Entgrenzung von Wissenschaften“ und Partizipation von Menschen mit Behinderung in wissenschaftlichen Kontexten wird in diesem Kapitel das Thema anhand einer qualitativen Sozialforschung von ExpertInnen in eigener Sache im Sozialraum Leipzig analysiert. Dabei wird die Zielstellung der Forschung, der Sozialraum Leipzig in seiner psychiatrischen und betreuungsrechtlichen Versorgung sowie die methodische Vorgehensweise und Auswertung anhand der Auswertungsmethode nach Meuser und Nagel beschrieben.

#### 3.1 Zielstellung der Forschung

Im Verlauf der drei Evaluierungen des Betreuungsrechtes sind Forschungen hinsichtlich der Optimierung betreuungsrechtlicher Verfahren, der Senkung der Betreuungsfallzahlen und gesetzliche Novellierungen erhoben worden. Gegenwärtig sind keine qualitativen Sozialforschungen bekannt in denen NutzerInnen über Zufriedenheit, Verbesserungsvorschlägen und Partizipationswünsche befragt wurden. Die Antidiskriminierungsstelle hat im Rahmen ihrer Untersuchung Diskriminierungserfahrungen im zivilen Rechtsverkehr von NutzerInnen erörtert. Unter anderem wurde im Ergebnis aufgezeigt, dass NutzerInnen innerhalb des Betreuungsprozesses in Entscheidungen nicht mit einbezogen werden, sich übergangen fühlen und ihrem Mitspracherecht zu wenig Geltung verschafft wird (Vgl. Jörk/Kobes, 2010). Aus dieser Untersuchung ging also hervor, dass nicht nur Defizite in der Außenbeziehung von BetreuerInnen und zu betreuten Personen in Form struktureller und gesetzlicher Rahmenbedingungen existieren, sondern ebenso im Innenverhältnis. Deshalb wurden im Rahmen der Masterarbeit NutzerInnen von rechtlicher Betreuung hinsichtlich ihrer Zufriedenheit in einer exemplarischen transdisziplinären Untersuchung als ExpertInnen ihrer selbst befragt. Die Anwendungen von Disability-Forschungen<sup>11</sup> sind explizit im Kontext der UN-BRK von großer Bedeutung. NutzerInnen werden in den Forschungsprozess einbezogen und können selbstbestimmt ihre Bedarfe und Interessen aufzeigen (Vgl. Flieger/Schönwiese, 2011, S. 27-35). Das ExpertInneninterview

---

<sup>11</sup> Die Disability-Studies sind aus der Behindertenbewegung und den Gender-Studies entstanden. Die vorrangigen Forschungsfokuse sind gesellschaftliche Konstruktionen, welche Menschen mit Behinderung an gesellschaftlicher Teilhabe beeinträchtigen (Vgl. Flieger/Schönwiese, 2011, S. 27-35)

wurde in Fragekomplexen und der Durchführung offen gestaltet, so dass eigene Problemstellungen und Themen von NutzerInnen eingebracht werden konnten. Zielstellung der Forschung ist es, Bedarfe von NutzerInnen anhand von Aussagen hinsichtlich der Gestaltung des Betreuungsprozesses, der Beziehungs- und Vertrauensarbeit, von Gesprächen, positiven und negativen Situationen, Wünschen zu Unterstützungs- und Einflussmöglichkeiten sowie strukturellen Problemstellungen der betreuungsrechtlichen und psychiatrischen Versorgung im Sozialraum Leipzig zu eruieren. Im Kontext der folgenden Fragestellungen wurde die qualitative Befragung geführt: „Welche Handlungsleitlinien ergeben sich für rechtliche BetreuerInnen, um Menschen mit psychiatrischer Diagnose in ihrer Selbstbefähigung zu fördern? Welche Partizipationsmöglichkeiten wünschen sich betreute Personen innerhalb der rechtlichen Betreuung? Wie kann die Selbstbestimmung in den Kontexten Unterbringung zur Heilbehandlung und Einwilligungsvorbehalt dennoch erhalten bleiben? Wie kann stellvertretendes Handeln minimiert werden?“

Im folgenden Kapitel wird die Untersuchung hinsichtlich der Vorgehensweise und Methodik skizziert sowie im Ergebnis Erfolge, Probleme und Blockaden rechtlicher Betreuung analysiert. Um Handlungsempfehlungen zur Förderung von Empowerment aufzustellen, werden zu Beginn der Empowerment-Begriff und seine praktische Bedeutung erläutert sowie Unterstützungsmöglichkeiten anhand der Beschreibung der betreuungsrechtlichen und psychiatrischen Versorgungsstruktur von Leipzig aufgezeigt.

### **3.1.1 Empowerment im betreuungsrechtlichen Kontext, ein Widerspruch?**

Der Empowermentbegriff ist aus der amerikanischen Black-Power-Bewegung entstanden und in der Entwicklung der Sozialpsychiatrie im alltäglichen Gebrauch von Professionellen und in Konzeptionen von therapeutischen sowie medizinischen Behandlungen zu finden. Empowerment meint: „Die Zurückgewinnung von Stärke und Einfluss betroffener Menschen auf ihr eigenes Leben zu stärken und steht für eine Emanzipation der Betroffenen (Knuf, 2006, S. 8).“ Ökonomischer Druck und Kundenorientierung zwingen Kliniken, Behandlungen an den Bedürfnissen ihrer Kunden auszurichten, um somit Empowerment zu ermöglichen. Betrachtet man aber den praktischen Alltag von Professionellen im Umgang mit Menschen mit psychiatrischer Diagnose, so finden sich die Grundsätze von Ressourcenorientierung und Hilfe zur Selbsthilfe kaum wieder (Vgl. Knuf, 2006, S. 20). Die Gründe der mangelnden Ressourcenorientierung lassen sich mit der defizitorientierten Sozialisierung des Helfersystems erklären. Die Psychiatrie ist im biomedizinischen Modell verhaftet, so dass Professionelle Defizite diagnostizieren müssen, um Hilfeleistungen von den Krankenkassen finanziert zu bekommen. Um mate-

rielle, soziale und personelle Ressourcen der NutzerInnen zu aktivieren und Hilfe zur Selbsthilfe adäquat umzusetzen, verlangt es einen Lernprozess in der Haltung von Helfern. Im Gegensatz zu Professionellen psychiatrischer Akutstationen haben rechtliche BetreuerInnen gute Vorraussetzungen zur Ressourcenorientierung, da sie betreute Personen nicht nur im Zustand von krisenhaften Entwicklungen kennenlernen und einen vorurteilsfreien Blick entwickeln können. Explizit die systemische Gesprächsführung kann im Rahmen des Betreuungsprozesses einen Paradigmenwechsel von der Besprechung der Ursachen des Problems hin zur Ressourcenwahrnehmung, Reflektion und den Einsatz der Ressourcen ermöglichen, um die Selbstbefähigung der zu betreuenden Personen zu fördern. Rechtliche BetreuerInnen müssen KlientInnen nicht nur Möglichkeiten von sozialen Ressourcen in Form der Schaffung verlässlicher Beziehungen, sozialen Netzwerken und materiellen Ressourcen in Form der Absicherung von sozialen Bezügen bereit halten, sondern sie auch in gemeinsam Entscheidungen<sup>12</sup> einbeziehen. Gerade der Behandlungsprozess muss transparent und nachvollziehbar gestaltet werden, da es im psychiatrischen Alltag oft zur „blind Compliance“ der PatientInnen durch das Vorenthalten von Informationen kommt. Ebenso könnte im betreuungsrechtlichen Alltag in der Planung und Initiierung von rechtlichen Angelegenheiten ressourcenorientiert vorgegangen werden, indem ausreichend aufgeklärt und gemeinsam entschieden wird. Die Selbstbefähigung der KlientInnen bedarf gut ausgestatteter sozialräumlicher Unterstützungen, welche in ständiger gegenseitiger Zusammenarbeit zur Ressourcenorientierung verhelfen könnten. Im folgenden Abschnitt wird beziehend darauf die betreuungsrechtliche und psychiatrische Versorgung der Stadt Leipzig vorgestellt

### **3.1.2 Versorgungsstruktur des Sozialraums Leipzig**

Die betreuungsrechtliche Versorgungsstruktur in der Stadt Leipzig ist wie folgt aufgebaut. Im Amtsgericht Leipzig, Abteilung Betreuung, wird anhand der Anhörung von betreuten Personen durch BetreuungsrichterInnen und infolge von Ermittlungen der Betreuungsbehörde und Sachverständigen über die Betreuungsbedürftigkeit von Betroffenen entschieden. Dabei übernehmen VerfahrenspflegerInnen eine Kontrollfunktion hinsichtlich der Überprüfung des Betreuungsprozesses in Form von Jahresrechnungslegung der rechtlichen BetreuerInnen (Vgl. 2.2.3). Die Anhörungen finden zum Teil im Betreuungsgericht und in der Häuslichkeit der betroffenen Person statt.

---

<sup>12</sup> Das Konzept des „Shared Decision making“ beschreibt, dass durch Informationen im Behandlungskontext hinsichtlich der Möglichkeiten, Umgang mit Psychopharmaka, Aufklärung, Selbsthilfepotentiale zu betreuenden Personen aktiviert werden können. Somit können Selbststigmatisierung, Ohnmachtsgefühle und Traumatisierungen überwunden werden (Vgl. Terzioglu/Zaumseil, 2006, in Knuf, 2006, S. 50f).

Die Betreuungsbehörde Leipzig agiert in allen Stadtteilen zur Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit in vier Teams sowie einer Sachgebietsleiterin. Zur Beratung von ehrenamtlichen BetreuerInnen und für die Führung von rechtlicher Betreuung durch VereinsbetreuerInnen sind der Betreuungsverein Herberge e.V., Dritter Leipziger Betreuungsverein und Betreuungsverein Landkreis Leipzig e.V. zuständig. Nachweise über die Anzahl freiberuflicher BetreuerInnen im Stadtgebiet sind aufgrund fehlender Statistiken und die Zuordnung begrenzt auf den Sozialraum nicht möglich. Jedoch konnten durch eine Erhebung des in der Betreuungsbehörde verwendeten Programms CABS aktuell 6607 geführte rechtliche Betreuungen registriert werden. Von diesen registrierten Betreuungen stehen 2385 Personen aufgrund einer psychiatrischen Diagnose sowie 1460 Personen aufgrund einer seelischen Behinderung<sup>13</sup> unter rechtlicher Betreuung (Vgl. Anlage 4). Die Zahlen geben Aufschluss darüber, dass 58% der zu betreuenden Personen in Leipzig über eine psychiatrische Diagnose oder seelische Behinderung verfügen, so dass die Thematiken einen relevanten Stellenwert für die NutzerInnen darstellen könnten.

Das ambulante psychiatrische Versorgungssystem in Leipzig wird als ambulantes und komplementäres Versorgungsgebiet beschrieben (Vgl. Stadt Leipzig, 2010, S. 3f). Das komplementäre Versorgungsgebiet unterstützt Betroffene durch tagesstrukturierende Angebote, fachliche Beratung sowie Wohn- und Arbeitsangebote und wird durch das ambulante Gebiet in Form von niedergelassenen ÄrztInnen und dem Verbund Gemeindenaher Psychiatrie ergänzt. Die Behandlungen und Betreuung von KlientInnen werden somit gesichert und durch Koordination und Kooperation miteinander verbunden. Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) im Verbund Gemeindenaher Psychiatrie Leipzig nimmt eine Kriseninterventionsfunktion ein, indem er medizinische und soziale Aufgaben verknüpft. Diese Dienste sind in folgenden Standorten Leipzigs verankert: Nord-West, Nord, Mitte, Ost, Süd-Ost, Süd, Standort Grünau, Nord-Ost, Süd-West, Alt-West (Vgl. Stadt Leipzig, 2010, S. 20f). Zusätzlich werden Tageskliniken als teilstationäre Behandlungsmöglichkeit angeboten. Die psychosozialen Gemeindezentren als komplementäre Bereiche, sind in weitere fünf Versorgungsgebiete aufgeteilt, in denen jeweils ein Träger für die Angebote zuständig ist. Diese Dienste stehen im Stadtbezirk Nord-Ost in Trägerschaft des *Städtischer Eigenbetrieb Behindertenhilfe*, im Stadtbezirk West mit dem Trägerwerk *Soziale Dienste in Sachsen e.V.*, in den Stadtbezirken Nord, Nordwest und Mitte mit dem Träger *Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig e.V.*, in den Stadtbezirken Ost und

---

<sup>13</sup> Die seelische Behinderung wird definiert: "wenn körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher (die) Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (Vgl. § 2 Abs. 1 SGB IX)".



Süd-Ost mit dem Träger *Verein zur Wiedereingliederung psychosozial geschädigter Menschen e.V.* sowie in den Stadtbezirken Süd, Süd-West und Alt-West mit dem Träger *das Boot gGmbH*. Der Träger *Städtischer Eigenbetrieb Behindertenhilfe* bietet in Form einer psychosozialen Beratung zusätzlich eine Beratung und Begleitung für Menschen mit psychiatrischer Diagnose in rechtlichen Angelegenheiten an. Die stationäre Versorgung der Stadt ist in vier Sektoren eingeteilt und besteht aus drei großen Krankenhäusern. Diese sind das Leipziger Universitätsklinikum, das Parkrankenhaus Leipzig und das sächsische Krankenhaus Altscherbitz. In Leipzig gibt es zudem zurzeit 61 Selbsthilfegruppen. Durch den organisierten komplementären Bereich werden 68% der Einzelfallhilfen in Einrichtungen erbracht und nur 18% im stationären Bereich (Vgl. Stadt Leipzig, 2010, S. 8). Im Jahre 2010 wurden 117 Menschen mit psychischen Erkrankungen auf Grundlage des sächsischen PsychKG untergebracht. Die Unterbringungen nach BGB sind in der Statistik der Justiz des Amtsgerichts Leipzig vermerkt. Diese lässt keine Rückschlüsse auf eine Anzahl stationärer Unterbringungen zu, da in ihr ebenso Heimunterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen registriert werden (Vgl. Prengler/Dressing/Koller/Salize, 2005, S. 1-7). Somit gibt es keine genauen Kennzahlen von Unterbringungen nach §1906 Absatz 1 und 2 BGB, welche von rechtlichen BetreuerInnen oder Bevollmächtigten angeregt worden sind.

## **3.2 Dokumentation der Vorgehensweise**

### **3.2.1 Forschungsmethode und Auswahl der InterviewpartnerInnen**

Im Hinblick auf die Zielstellung der Untersuchung wurde eine qualitative Forschungsmethode gewählt. Das leitfadengestützte ExpertInneninterview stellt eine Möglichkeit dar, Meinungen und Einstellungen der InterviewpartnerInnen zu erheben. Stichprobenartig wurden ExpertInnen in einem leitfadengestützten Interview befragt. Diese Forschungsmethode ist besonders geeignet, da die InterviewpartnerInnen subjektive Eindrücke und Erfahrungen innerhalb der vorgegebenen Themenschwerpunkte als „ExpertInnen in eigener Sache“ schildern konnten. In Form von offenen Kategorien wurde innerhalb des Interviews die Möglichkeit eingeräumt, eigene Themenschwerpunkte einzubringen, so dass multiperspektivische Sichtweisen und Wissensbestände generiert werden konnten (Vgl. Diekmann, 2004, S. 443f). Durch den Leitfaden wurde sichergestellt, dass alle für die Forschungsfrage relevanten Informationen im Interview inbegriffen waren.

Im Rahmen der Untersuchung wurden das Anliegen und die Zielstellung an die Hauptverantwortlichen der Betroffeneninitiative Durchblick e.V. herangetragen. Der Verein Durchblick e.V. ist aus einer Angehörigen- und Selbsthilfeinitiative

entstanden und konnte sich zu einem sozialen Dienstleister etablieren, welcher Angebote wie betreutes Wohnen, sozial beratende und begleitende sowie soziotherapeutische und gestalterische Angebote bereitstellt. Im Rahmen einer Hausversammlung wurde die Untersuchung vorgestellt. Dazu erklärten sich fünf psychiatrieerfahrene Menschen zu der Befragung bereit, welche aktuell unter Betreuung stehen oder standen.

Diese Personen berichteten aus eigenen Erfahrungen, waren unterschiedlichen Geschlechts und Alters, so dass vielfältige Aspekte aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet und eingeschlossen werden konnten (Vgl. Gläser/Laudel, 2009, S. 117). Zusätzlich wurde der Psychiatriekoordinator Leipzigs in einem separat verfassten Interviewleitfaden zur Problemstellung betreuungsrechtlicher Praxis im Umgang mit Menschen mit psychiatrischer Diagnose befragt. Der Psychiatriekoordinator verfügt über ein Expertenwissen hinsichtlich bestehender psychosozialer Hilfen in der psychiatrischen Versorgungsstruktur und wird ebenso in beratender Funktion bei Krisenintervention in Unterbringungsmaßnahmen von rechtlichen BetreuerInnen hinzugezogen. Zusätzlich berät dieser rechtliche BetreuerInnen in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben. Da der Psychiatriekoordinator über ein umfassendes Fachwissen und praktische Erfahrungen verfügt, konnten Aussagen über Präventionsmöglichkeiten, Handlungsaufträge sowie praktische Problemstellungen von rechtlichen BetreuerInnen in Sachen Unterbringung, Anwendung von Zwangsmaßnahmen sowie Maßnahmen zur Förderung der Selbstbestimmung von Menschen mit psychiatrischer Diagnose generiert werden.

### **3.2.2 Interviewleitfaden**

Der Interviewleitfaden wurde im Vorfeld des ExpertInneninterviews mit den InterviewpartnerInnen besprochen, um Verständnisfragen klären zu können. Zusätzlich wurde als Anhang ein Auszug der UN-BRK ausgehändigt und deren Inhalte erläutert. Im ersten Abschnitt des Interviewleitfadens werden als Einstieg in die Thematik Hintergründe des Forschungsfokus, methodische Vorgehensweise und Zielstellung der qualitativen Forschung erläutert, so dass die Forschungstransparenz gewährt wurde. Der Interviewleitfaden wurde in vier Fragekomplexe aufgeteilt. Im ersten Fragekomplex „Allgemeine Angaben“ wurden die InterviewpartnerInnen mit der Eisbrecherfrage „Welche Erfahrung haben Sie mit Betreuung?“ zum Erzählen angeregt. Da alle Befragten einen Erfahrungshintergrund hatten, konnten diese leicht in das Interview einsteigen, was zugleich eine angenehme Gesprächssituation schaffte. Der zweite Fragekomplex „Welche Veränderungen aus der UN-BRK sollten sich auf die betreuungsrechtliche Praxis ergeben?“ baut zu dem ersten Fragekomplex auf. Somit konnten alle positiven oder negativen Erfahrungswerte als Handlungsaufträge

für rechtliche BetreuerInnen formuliert werden und Verbesserungsvorschläge im gesellschaftlichen Umgang von Menschen mit psychiatrischer Diagnose aufgezeigt werden. In dem dritten Fragekomplex wurden die InterviewpartnerInnen nach ihrer Bewertung der Gestaltung des Betreuungsprozesses befragt. Dabei wurde explizit die Gestaltung der Beziehungsarbeit der betreuten Person zu BetreuerInnen, die Gestaltung der Kontaktaufnahme und Gespräche sowie zu der Vertrauensarbeit und positiven und kritischen Betreuungssituationen befragt. All jene Punkte sollten Aufschluss über die Auswirkungen vermeintlicher betreuungsrechtlicher Strukturdefizite sowie Verbesserungsmöglichkeiten als Handlungsaufträge in betreuungsrechtlicher Arbeit geben. Im vierten Fragekomplex wurden die InterviewpartnerInnen nochmals konkreter zu ihren Wünschen und Einflussmöglichkeiten im Betreuungsprozess befragt. Dabei wurden ebenso aktuelle und notwendige Hilfsmöglichkeiten und Maßnahmen erhoben, welche Betroffene in ihrer Selbstbefähigung unterstützen kann. Zum Abschluss der Befragung sollten die Akteure mit der Frage: „Was wäre Ihnen zu diesen Thema noch wichtig?“ Ergänzungen einbringen (Vgl. Anlage 3.1). Des Weiteren wurden die fünf Interviews mit dem Transkriptionsprogramm F 4 transkribiert.

Der separate Interviewleitfaden für den Psychiatriekoordinator Leipzigs enthielt als ersten Fragekomplex, ergänzend zu den ExpertInnen in eigener Sache, nochmals eine Bewertung rechtlicher Betreuung, Erfahrungswerte hinsichtlich der Betreuungsprozesse in der Beziehungs- und Vertrauensarbeit sowie die Bewertung der Gestaltung der Kontaktaufnahmen und Gespräche im Betreuungsprozess. Im zweiten Fragekomplex „Ausübung der Aufgabenkreise Unterbringung und Heilbehandlung“ sollten vorrangig notwendige Unterstützungsmaßnahmen, Hilfen sowie Defizite in betreuungsrechtlicher und psychiatrischer Versorgung aufgedeckt werden. Im dritten Fragekomplex sollten diese Maßnahmen konkreter als Handlungsaufträge professioneller Akteure benannt werden (Vgl. Anlage 3.3).

### **3.2.3 Interviewsituationen**

Die Interviewsituationen gestalteten sich unterschiedlich und liegen als individuelle Beschreibungen in der jeweiligen Transkription vor (Vgl. Anlage 3.2). Allgemein wurden zwei von fünf Interviews in der häuslichen Umgebung der InterviewpartnerInnen durchgeführt und drei Interviews im Gruppenraum des Durchblick e.V.. Die Interviewsituationen wurden von den „ExpertInnen in eigener Sache“ selbst bestimmt, waren von einer angenehmen Gesprächsatmosphäre und einer durchschnittlichen Gesprächsdauer von 30 bis 60 Minuten geprägt. Da die Fragestellungen von den InterviewpartnerInnen unterschiedlich emotional aufgefasst und von Belastungen geprägt waren, wurde ein Interview auf Wunsch der Interviewpartnerin abgebrochen,

so dass das Interview von einer weiteren anwesenden Person aus Sicht Dritter geschildert wurde.

### **3.2.4 Auswertungsmethode nach Meuser und Nagel**

Da die Zielstellung der Forschung eine Analyse und Interpretation der Aussagen von ExpertInnen ist, wurde die Auswertungsmethode nach Michael Meuser und Ulrike Nagel ausgewählt. Durch die nahe Analyse des „Gesagten“ anhand der Transkriptionen können Informationen in theoriegeleitete Zusammenhänge gestellt und nicht durch Interpretationen verzerrt werden. Sinngehalte blieben bestehen. Die Auswertung der Transkription wurde in fünf Stufen bearbeitet. Dabei wurde im ersten Auswertungsschritt das Datenmaterial in Form von Paraphrasierung reduziert und Themenkomplexe gebildet. Die Paraphrasierung erfolgte in der Formulierung nah am Text, so dass Sinngehalte und Informationen nicht durch vorschnelle Interpretationen und Kategorisierungen verloren gingen. Im zweiten Schritt wurde das Textmaterial thematisch geordnet, um eine weitere Reduzierung des Datenmaterials zu ermöglichen. Im dritten Schritt wurden die geordneten Textpassagen thematisch verglichen und Überkategorien in Form von Überschriften gebildet. Erst im vierten und fünften Schritt erfolgte die Interpretation des Datenmaterials in Verbindung mit theoriegeleiteten Zusammenhängen (Vgl. Meuser/Nagel, 2005, in Bogner, Littig, Menz, S. 71-93).

## **3.3 Auswertung**

Anhand der Aussagen von ExpertInnen wurden folgende zentrale Themen als wichtig erachtet. Zu Beginn erfolgt eine Analyse der Gründe und Bewertung von rechtlicher Betreuung sowie die Gestaltung des Betreuungsprozesses. Das Thema „Unterbringung“, „Behandlungsmaßnahmen“ sowie die Bewertung von der betreuungsrechtlichen und psychiatrischen Versorgungsstruktur wurde von den Expertinnen in eigener Sache als relevant erachtet und selbstständig eingebracht. Des Weiteren benannten Befragten explizit Wünsche im Rahmen der Umsetzung der UN-BRK. Abschließend wird eine Zusammenfassung der Auswertung als „Handlungsleitlinien für rechtliche BetreuerInnen“ beschrieben.

### **3.3.1 Gründe und Bewertungen rechtlicher Betreuung**

Die befragten Personen schilderten zu Beginn der Interviews ihre Erfahrungen mit rechtlichen BetreuerInnen, bewerteten das Instrument rechtliche Betreuung differenziert und begründeten die Betreuungsanregungen.

### 3.3.1.1 Bewertungen rechtlicher Betreuung

Zu der Eingangsfrage „Welche Erfahrung haben Sie mit Betreuung?“ gaben drei Personen generell negative Wertungen, welche jedoch im Verlauf der Ausführung auf Situationen differenziert wurde. Die Gründe der negativen Bewertung wurden mit einer schwierigen Beziehung zu BetreuerInnen und mangelnder Interessensvertretung begründet, welche sich negativ auf den Betreuungsverlauf auswirkte. Herr A. begründete seine Aussage wie folgt: „(...) Also erstmals soll ein Betreuer für dich denken, denkt was für dich das Beste ist und legt dir Steine in den Weg. Also ich sag da mal ein Beispiel, wegen der Arbeit...und er machte sich nicht nötige Arbeit, und wollte meine Interessen nicht durchsetzen (Vgl. Transkription 5, Z. 18-20).“

Herr A. fühlte sich von seinem Betreuer nicht vertreten gegenüber Dritten und konnte seinen eigenen Willen nicht einbringen. Somit erlebte er den Prozess nicht als Unterstützung sondern eher als Belastung. Ebenso werden Stigmatisierungserfahrungen von den InterviewpartnerInnen geschildert, welche sich durch die Bestellung einer Betreuung ergeben. Herr A. konkretisiert: „Und auf dem Amt hat man mir gesagt ‚hier, kommen Sie mit dem Betreuer wieder‘. Mit dem Betreuer bist du vorm Amt erst mal entmachtet. Das Amt redet dann am liebsten nur mit dem Betreuer und darum habe ich im Sommer 2006 ihn abgesäbelt (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 5, Z. 25-26, 43-44).“

Die InterviewpartnerInnen wurden im zivilen Rechtsverkehr von Institutionen durch eine Betreuerbestellung nicht mehr als eigenständige rechtsfähige Personen behandelt. Rechtliche Angelegenheiten wurden nicht mit den Personen kommuniziert und transparent gestaltet, sondern erfolgten hauptsächlich über die BetreuerInnen. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass sich Institutionen „Arbeit und Zeit“ sparen, die Betroffenen nicht mehr als rechts- und handlungsfähig erleben und deshalb eine Entscheidung von rechtlichen BetreuerInnen einholen. Herr Y. berichtete ähnliche Erfahrung in der mangelnden Unterstützung und Hilfestellung von Institution hinsichtlich Antragstellungen (Vgl. 2.3.1.3.): „dass man sich da erstmal hinwagen kann ähm das man die Unterstützung von den bekommt, die man braucht. Das heißt, dass man als Mensch sich zu den Bürokraten hinwagen kann, dass die ein helfen und sagen ‚was hat er vor‘, ‚was muss er ausfüllen‘ und da ist Schluss. Das ist die gesamte Bandbreite, auch ein anderer Umgang, nicht das ‚ich bin der Herr hier im Haus‘, sondern dass man sich als Mensch vor denen vorbringen kann. So auch mit anderen Erfahrungen eben, anderen Sichtweisen und das ganze Spektrum (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 3, Z. 25-30).“ Weitere Gründe wurden mit unzureichender Beachtung der Individualität und Wertschätzung durch rechtliche BetreuerInnen benannt. Herr Y. begründet wie folgt: „Betreuer haben die Aufgaben (...) dass Sie angepasst leben (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 3, Z. 15-16).“ Eine weitere Problemstellung ist die Konzentration auf administrative Arbeiten, welche kaum in Kontakt mit den zu betreuenden Personen geführt wurde (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 3, Z. 17-18). Positive Bewertungen wurden mit einer guten Organisation im Ablauf der Betreuung und mit einem Sicherheitsgefühl im Umgang mit Behördenangelegenheiten begründet (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 6, Z. 25-26, 156-158). Ebenso wurde die Entlastung während eines stationären Aufenthaltes hinsichtlich der rechtlichen Angelegenheiten als positiv empfunden: „(...) man mit den Behörden und Bürokras nicht alleine gelassen wird, wenn man in der Psychiatrie in einer angespannten Lage ist, sondern das man dann einen Ruhepol hat und keine Angst

vor den Behördenleuten haben muss oder wie auch immer. Dass das auch abgenommen ist. Das empfand ich als sehr positiv (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 217-220).“

Der Psychiatriekoordinator bewertet rechtliche Betreuung als ein wichtiges Instrument zur Wahrung und Durchsetzung der Rechte von Menschen mit psychiatrischer Diagnose. Seinen Erfahrungen nach wurden Hilfeprozesse durch die rechtliche Betreuung besser organisiert und individuelle Hilfen vermittelt, welche stark an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert waren: „(...) ich halte es für ein sehr wichtiges und gutes Instrument und kann auch aus meiner Praxis beschreiben, immer dann wenn die Wahrnehmung dieser Rechte oder Einsatz dieser Rechte so zu sagen für die Betroffenen sehr stark auch an den Bedürfnissen der Betroffenen auch orientiert war... (...) auch der Hilfeprozess, um das schon mal vorweg zu nehmen deutlich besser gelaufen ist (Vgl. Anlage 3.4, Transkription 2, Z. 19-26).“

Die Befragten schilderten somit unterschiedliche Erfahrungen. Nennenswert ist dabei, dass die InterviewpartnerInnen, welche die Betreuung als negativ bewerteten, aktuell keine rechtliche Betreuung zur Unterstützung nutzen (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, 3, 4). Hauptsächlich wurde die Betreuung aufgrund der negativen Beziehung zu rechtlichen BetreuerInnen eingestellt. Die InterviewpartnerInnen nutzen aktuell keine oder andere Hilfsangebote zur Unterstützung und Bewältigung rechtlicher Angelegenheiten in Form einer ambulanten Beratung und Begleitung durch Soziale Dienste des *Städtischen Eigenbetrieb Behindertenhilfe* (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 5, Z. 195-199).

### **3.3.1.2 Gründe der Betreuungsanregung**

Die Betreuungsanregungen erfolgten aus unterschiedlichen Problematiken heraus und wurden von verschiedenen Akteuren, beispielsweise auf Anraten von sozialen Diensten, Familienmitgliedern oder den InterviewpartnerInnen beantragt. So wurde bei Frau W. aufgrund ihrer Schuldenproblematik und auf Drängen ihrer Familie eine Betreuung angeregt. Frau W. suchte sich im Vorfeld Hilfe bei einer Schuldenberatung und begründete die Einrichtung ihrer rechtlichen Betreuung wie folgt: „Na das ich nur noch 700 zum Leben hatte und dann Rechnung nicht bezahlt habe und Miete. Und dann habe ich a bissl verschlumpert und dachte, dass kriegst=e schon hin. Und dann habe ich es doch nicht hingekriegt (...) und da habe ich mal manche Dinge weggelassen (...) es war soweit dass ich sogar hier ausziehen sollte ähm wegen der Betriebskostenabrechnung (...) Ich habe auch keine Post dann mehr geöffnet und solche Sachen (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 6, Z. 44-46, 63-70).“

Die Angst vor einem drohenden Wohnungsverlust und den vielen Rechnungen veranlasste Frau W. dazu, nicht mehr ihre Post zu öffnen oder auf Schreiben zu reagieren, so dass auf Anraten ihrer Familie eine Betreuungsanregung erfolgte (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 6, Z. 72-74). Dabei wählten Frau W. und ihre Familie aus Angst vor Konflikten eine/einen freiberufliche/n BerufsbetreuerIn zur Übernahme ihrer rechtlichen Angelegenheiten aus: „(...) Von meiner Familie, meine Mutti wollte es nicht machen, meine Schwester wollte es nicht machen. Die wollten keinen Krach mit mir machen und da ist eine Außenstehende besser (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 6, Z. 62-63).“ (Vgl. 2.3.3). Außenstehenden werden aus Angst vor Konflikten scheinbar mehr Kompetenzen in der Übernahme und Durchsetzung höchst persönlicher Angelegenheiten als der Familie zugesprochen. Hierbei entsteht der

Eindruck, dass Familienangehörige von der Betreuungsbehörde oder den Betreuungsvereinen mehr beraten und unterstützt werden müssen, so dass eine Vorrangigkeit rechtlicher Betreuung gewährleistet werden kann (Vgl. 2.2.3). Die Betreuungsanregung von Herrn X. erfolgte im Rahmen einer Beratung des Sozialen Krankenhausdienstes während eines stationären Aufenthaltes: „Ich bin hingegangen und war ja im Krankenhaus mal wieder..war manisch-depressiv und dann habe ich mich an einen Sozialbetreuer gewandt um.. eine ähm Betreuung.. dass heißt eine Krankenhaus? Wie nennt man das? Eine ambulante Betreuung.... (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 30-33ff).“ Die weiteren Ausführungen von Herrn X. lassen darauf schließen, dass eine ausreichende Beratung durch den Sozialen Dienst über die Tragweite, Inhalte und Bedeutung einer rechtlichen Betreuung nicht erfolgt ist (ebda. Z. 30-33ff). Aufgrund der mangelnden Aufklärung traten im weiteren Betreuungsverfahren Probleme auf. Herr X. wusste nicht, dass die Beantragung einer Betreuung ein gerichtliches Verfahren nach sich zieht: „Der stellte sich vor mit Richter sowieso, das könnte man in Akten nachschauen und der hat mich dann gefragt, was ich mir unter Betreuung vorstelle und da habe ich gesagt, ich war schon mal in ambulanter Betreuung! (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 34-36).“ Mangelnde Transparenz im Ablauf des betreuungsrechtlichen Verfahrens führte bei Herrn X. zu Schwierigkeiten in Erstkontakt und Beziehungsaufbau mit der/dem rechtlichen BetreuerIn, welche sich im Betreuungsverlauf fortführte (Vgl.3.3.2): „Und dann ist erst mal gar nichts passiert. Und wie ich ähm im Krankenhaus bin will in den Ausgang gehen, und mir wurde dann gesagt ‚da kommt eine Betreuerin, die will mit mir sprechen‘..... (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 36-38).“

Zusammengefasst kann aus den Aussagen geschlussfolgert werden, dass Menschen mit psychiatrischer Diagnose mehr Unterstützung und Begleitung in rechtlichen Angelegenheiten bekommen sollten um eine Betreuungsanregung zu unterlassen. Zudem sollten Familienangehörige und ehrenamtliche BetreuerInnen mehr aufgeklärt und unterstützt werden um die Übernahme rechtlicher Angelegenheiten durch rechtliche BetreuerInnen zu vermeiden. Des Weiteren entsteht der Eindruck, dass zu betreuenden Personen über die Tragweite rechtlicher Betreuung und des Betreuungsverfahrens ungenügend aufgeklärt werden. Dieses intransparente Vorgehen könnte sich problematisch auf den weiteren Betreuungsverlauf auswirken.

### **3.3.2 Gestaltung des Betreuungsprozesses**

Die befragten Personen wurden vorrangig in den Aufgabenkreisen Vermögenssorge, Post- und Behördenangelegenheiten sowie der Gesundheitssorge betreut. Auffällig war, dass bei vier Personen ein Einwilligungsvorbehalt in der Vermögenssorge bestand (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1,3,5,6). Vorrangig schilderten die InterviewpartnerInnen die Gestaltung von Kommunikationsprozessen, Terminabsprachen und Vertrauensarbeit, den Einbezug von Entscheidungen und Interessensvertretung sowie die Wahrnehmung von Bedürfnissen innerhalb des Betreuungsprozesses. Konkreter wurden Erfahrungen und Problematiken bei Bestehen eines Einwilligungsvorbehaltes

von den Befragten eigenständig eingebracht (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1,3,5,6). Insofern kann dem Thema eine hohe Relevanz beigemessen werden.

### 3.3.2.1 Gesprächsführung

Drei der fünf befragten Personen beklagten mangelndes Einfühlungsvermögen und Verständnis von rechtlichen BetreuerInnen. Dabei gaben die befragten Personen an, dass sie mangelhaft über Vorhaben und Aufgabenbereiche von BetreuerInnen aufgeklärt wurden. Insofern war der Betreuungsprozess für die Personen nicht transparent gestaltet (Vgl. Anlage 3.2 Transkription 1,3,5). Herr X. konkretisiert seine Erfahrung anhand des Ablaufes der Gesprächsführung: „(...) es war..es war halt Unverständnisse auch auf beiden Seiten... (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, 97-99).“ Herr Y. berichtet über ähnliche Erfahrungen und wünscht sich von BetreuerInnen eine offene und gewaltfreie Kommunikation, welche nicht mit Sanktionierung einhergehen: „(...) Einfühlsam, mitempfinden und ähm und versuchen was kann man für denjenigen, was kann man machen (...) sondern das mit den Klienten geredet wird. Über Sorgen, Anschaffung, über Krankheiten, Ängste oder egal was auch immer (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 3, Z. 100-101, 229-231).“

Herr A., Herr Y. und Herr X. berichteten, dass mangelnde Kommunikation und das Unverständnis von rechtlichen BetreuerInnen für ihre Bedürfnisse zu einer problematischen Beziehung führte. So wurden beispielsweise Unstimmigkeiten zwischen den betreuten Personen und rechtlichen BetreuerInnen als fehlende Mitwirkung gewertet und mit Sanktionen gedroht: „Und die kam dann erst mal gleich mit ‚gerichtlichen Maßnahmen‘ und das und das geht nicht, bis zum Gefängnis (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 40-41, 105-106).“ Aus den Aussagen kann geschlussfolgert werden, dass es aufgrund einer problematischen Beziehung zur mangelnden Beachtung des Willens der befragten Personen kam und darum Entscheidungen vorrangig von den rechtlichen BetreuerInnen getätigt wurden. Zudem wurden die stellvertretenden Entscheidungen unzureichend begründet (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 229-231). Die autokratischen Entscheidungen von rechtlichen BetreuerInnen wurden von den befragten Personen als Erziehungsmaßnahmen aufgefasst. Herr X. schildert die Disziplinierung und Sanktionierung anhand einer Erfahrung: „(...) da wollte ich abhauen und habe bei meinem Bruder Hilfe gesucht (...) Ich bin da ohne Abmelden und alles da hingefahren (...) da bin ich in Köln umhergeirrt und da bin ich auch manisch geworden und psychotisch und da habe ich gleich mal in Köln die Psychiatrie kennen gelernt...dass gab dann natürlich Stress mit meiner Betreuung (...) hat sie mir noch mal a biss=I was erzählt, die gute Frau, was ich darf und was ich nicht darf. Und dass das so eben nicht passieren kann ähm..ja und da gibt es ja noch andere Erziehungsmaßnahmen (Vgl. Anlage 3.2 Transkription 1, Z. 185-191, 206-208).“ Eine solche Erziehungsmaßnahme war für Herrn X ein erzwungener Arztbesuch: „Selbst der Arztbesuch wurde mir aufgezwungen. Und ich wollte nicht mehr zu den gehen.. und dann sagte sie: ‚Na da müssen wir mal Zwangsmaßnahmen machen‘ (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 128-130).“ Frau Z. hingegen bewertet die Kommunikation aufgrund einer innigen Beziehung zur BetreuerIn als gelungen: „(...) Dann kann ich meine Meinung sagen, so machen wir dann wenn wir auf einen Nenner sind. Und wir sind immer auf einen Nenner. Die Frau X. ist so lieb. Ich bin so froh, dass ich die habe. Da war noch nie ein schlimmes Wort oder irgendwas (Anlage 3.2, Transkription 6,Z. 141-143).“ Frau Z. scheint Konflikte zu vermeiden in dem sie „immer auf einen Nenner“ mit ihrer rechtlichen Betreuerin ist.



Die befragten Personen waren mit den Kommunikationskompetenzen ihrer rechtlichen BetreuerInnen vorrangig unzufrieden und fühlten sich oft übergangen und in ihren Bedürfnissen nicht ernstgenommen. Die mangelnde Ressourcenorientierung führte wiederum zu Problemen im Treffen von gemeinsamen Absprachen und Entscheidungen in rechtlichen Angelegenheiten. Die Problematik kann auf die knapp bemessene Zeit für die KlientInnen zurückgeführt werden oder andererseits auf die unterschiedliche Qualifizierung rechtlicher BetreuerInnen, welche zu mangelhafter Beratungskompetenz und Bedürfnisorientierung führt (Vgl. 2.2.3, 3.1.1). Hierbei scheint es sinnvoll zu sein, dass rechtliche BetreuerInnen regelmäßige Beratungs- und Kommunikationsweiterbildungen absolvieren um reale Bedürfnisse ihrer KlientInnen tatsächlich erfassen zu können.

### **3.3.2.2 Terminabsprachen**

Zu den Terminabsprachen gaben die Befragten an, dass diese mindestens einmal im Monat regelmäßigen Kontakt zu ihren BetreuerInnen hatten. Die Kontakte wurden in Form von persönlichen Gesprächen oder nach Bedarf telefonisch realisiert (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, 3, 4, 5, 6). Die Gespräche fanden zum Teil in der Häuslichkeit oder im Büro der rechtlichen BetreuerInnen statt. Die Gesprächsführung im Büro wurde von Betroffenen als negativ bewertet. Jene Termine wurden als Pflichtgespräche wahrgenommen, wobei keine angenehme Gesprächsatmosphäre zustande kam. Herr A. wünscht sich, dass Gespräche mit den BetreuerInnen in einem natürlichen Rahmen erfolgen: „Die einzige positive Erfahrung war, dass meine BetreuerIn ab und zu Freitagnachmittag mit mir Kaffee trinken war und nicht nur immer in dem scheiß Büro zu sitzen (...) soll das eigentlich sein, anstatt immer nur null acht fünfzehn im Büro zu sitzen. Das hasse ich wie die Pest, das hat sowas von Amtsstube. Am besten ist ein lockerer Umgang (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 5, Z. 90-95).“

Ebenso wurde bei Terminabsprachen in der Häuslichkeit eine mangelnde Flexibilität seitens der rechtlichen BetreuerInnen beklagt. Diese richteten sich kaum nach Bedarfen und Tagesform der Befragten und wurden als Pflichttermine von rechtlichen BetreuerInnen deklariert. Bei fehlender Mitwirkung seitens der Befragten haben die rechtlichen BetreuerInnen mit Sanktionen gedroht. Herr X. schildert wie folgt: „(...) Termine gehen vor allen anderen Terminen und dann wird gleich gedroht mit irgendwelchen Maßnahmen (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 97-99, 105-106).“ Frau Z. hingegen empfindet die Terminabsprachen mit ihrer/ihrem BetreuerIn als positiv, diese würden individuell abgestimmt werden und regelmäßig stattfinden: „(...) Ja und einmal im Monat habe ich ein Bewerbchen und frage auch mal und rufe sie an (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 6, Z. 123-136).“

Kritisch festzuhalten ist, dass die Kontakt- und Beratungsangebote von rechtlichen BetreuerInnen individueller und auf die Bedürfnisse der zu betreuenden Personen zugeschnitten werden müssen. Die Kontaktaufnahmen und Telefonate mit rechtli-

chen BetreuerInnen reichten den befragten Personen nicht aus, um ihre Bedarfe abzudecken.

### 3.3.2.3 Vertrauensarbeit

Drei der befragten Personen gaben an, dass kein Vertrauensverhältnis zu ihren rechtlichen BetreuerInnen bestand. Dieser Aspekt wurde von den Befragten mit einer mangelnden Beratung und Interessensvertretung begründet (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, 3, 6). So erwartet Herr Y. durch die Betreuerbestellung eine Hilfestellung in der Durchsetzung seiner Rechte: „(...) ich neue Hoffnung geschöpft habe aus dem Psychiatrie-Dilemma heraus gekommen bin. (...) hat mir keiner zur Seite gestanden..... dass müsste dann, ja unter dem vorgehenden Aspekten würde ich eigentlich niemanden einen Betreuer empfehlen (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 3, Z. 111-119).“ Herr Y. erlebte die rechtliche Betreuerin/den rechtlichen Betreuer als unantastbar und schilderte die mangelnde Umsetzung seiner Wünsche: „(...) Dass ich bei dem was ich vor hatte nicht unterstützt wurde, sondern ein Spiegel vorgehalten bekommen habe, der das auch betrachtet. Wir sind ein Spiegel. Und das von der Seite eben nicht daran gearbeitet wurde und nicht darauf eingegangen wurde. Dass war das was ich eigentlich gesucht habe, eine Gemeinsamkeit, was auch für ihn wertvoll gewesen wäre (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 3, Z. 224-228).“ Herr X. konkretisiert, dass er keine Vertrauensbasis durch einseitige Terminabsprachen und eine administrative Ausführung der rechtlichen Angelegenheiten zu der rechtlichen Betreuerin/dem rechtlichen Betreuer entwickeln konnte. Er beklagt, dass rechtliche BetreuerInnen bei individuellen Bedarfen eine mangelnde Kooperationsbereitschaft aufweisen und er das Gefühl hatte, „sich Anbiedern“ zu müssen „(...) Einerseits haben wir oftmals Termine gemacht. Andererseits musste ich auch oftmals anrufen auf den Anrufbeantworter sprechen und mich sozusagen anbiedern. Das ist auch in anderen Einrichtungen so, dass niemand zurück ruft und man sich anbiedern muss bei diesen Leuten. Und das ist unter der Menschenwürde, obwohl es ja heißt, dass die Menschenwürde unantastbar ist (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 3, Z. 154-158).“ Herr X. führt weiterhin aus, dass durch das fehlende Vertrauen aktuelle Problemlagen nicht mit rechtlichen BetreuerInnen besprochen wurden. Dieses führte wiederum zur mangelnden Bedürfniswahrnehmung und Interessenvertretung von rechtlichen BetreuerInnen. Somit erlangte der Betreuer von Herrn X keine Kenntnis seines Willens und konnte ihn entsprechend auch nicht zufriedenstellend umsetzen. Dies verdeutlicht Herr X. verdeutlichte anhand eines Beispiels. Er wollte einen Arztwechsel vornehmen, da der Arzt sich abfällig in einer Behandlung über seine DDR-Herkunft geäußert hatte. Die rechtliche BetreuerIn/der rechtliche Betreuer verstand nicht die eigentliche Problematik hinsichtlich des Arztwechsels, sondern wertet das Verhalten von Herr X. als mangelnde Compliance in Behandlungssachen und drohte mit Zwangsmaßnahmen, wenn er seine Arztbesuche nicht wahrnehme: „(...) Selbst der Arztbesuch wurde mir aufgezwungen. Und ich wollte nicht mehr zu den gehen.. und dann sagte sie: ‚Na da müssen wir mal Zwangsmaßnahmen machen‘ (...) Wir haben doch freie Arztwahl, laut unseren Gesetzen. Warum werde ich gezwungen mit irgendeinem Idioten äh (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 128-130, 138- 139).“

Herr Y. begründet sein Misstrauen gegenüber rechtlichen BetreuerInnen mit der unzureichenden Beratung und Transparenz im Betreuungsprozess und der Einbeziehung der zu betreuenden Personen: „(...) Es steckt zu viel Bürokratie dahinter, dass da eigentlich gar keine Zeit für die Betreuten bleibt, das ist ein andere Geschichte (...) Dass es eben ein Miteinander mit den Betreuten ist. Ich habe die

Erfahrung gemacht, dass er mich nicht dabei hatte. In dem Sinne konnte er es auch so machen wie es von der Gesellschaft vorgeschrieben ist und nicht darauf eingehen, was die eigentlich Betreuten dazu sagen. Oder der Inhalt von den eigentlich betreuten Menschen eingebracht werden sollen.... Sondern eben nach Schema und das bedauere ich sehr (...) Dass über die Gesellschaft über den Betreuer auf unser Leben eingegangen wird (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 3, Z. 14-17, 140-145, 149).“

Herr Y. erlebte den Betreuungsprozess zu wenig an seinem Willen und zu sehr an gesellschaftlichen Rahmenbedingungen orientiert, was zur Ohnmacht und dem Gefühl der Entmündigung führte. Zusammengefasst kann aus den Aussagen hinsichtlich der Gestaltung von Vertrauensarbeit im betreuungsrechtlichen Prozess geschlussfolgert werden, dass rechtliche BetreuerInnen durch individuellere Terminabsprachen und Beratungen sowie Transparenz und Einbezug der zu betreuenden Personen eine verbesserte Vertrauensbasis und Bedürfnisorientierung in der Ausübung höchstpersönlicher rechtlicher Angelegenheiten erzielen können. Zu betreuende Personen könnten somit gleichberechtigter in Entscheidung einwirken und das Gefühl von Entmündigung würde beseitigt werden.

### **3.3.2.4 Bedürfniswahrnehmung**

In der Bewertung von Interessenvertretung und Entscheidungsspielräumen gaben die befragten Personen an, dass sie sich gewünscht hätten, sich aktiv an der Ausführung ihrer rechtlichen Angelegenheiten beteiligt zu werden. Herr X. begründet: „(...) Und dem Sinne, dass er mich nicht unterstützt hat oder Sachen selber erarbeitet hat, wo ich gesagt habe, dass ich eigentlich selber dabei sein müsste. Aber aus Zeitgründen und so weiter (...) halt Behördensachen, oder Anträge ausfüllen, wo man hätte dabei sein müssen, dass man auch lernt wie es geht. Aber aufgrund der Zeit, Vorschriften und der Bezahlung machen die das dann selber, obwohl es eigentlich rechtlich verankert sein soll oder eigentlich wohl ist (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 3, Z. 132-149).“

Herr Y. betont dabei den Aspekt der Nachhaltigkeit im Sinne des Resozialisationsgrundsatzes rechtlicher Betreuung (Vgl. 2.1.1). Hierbei kann durch Beratung und Unterstützung bei Antragsstellungen eine spätere Bewältigung dieser Aufgaben realisiert werden. Anderenfalls reagieren die betroffenen Personen mit Selbststigmatisierung in Form von mangelndem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und der Bewältigung der eigenen rechtlichen Aufgaben. Entsprechend berichtete Frau Z., dass sie aufgrund mangelnder Förderung von Selbstständigkeit in dem Betreuungsprozess kein Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten entwickeln konnte. Das veranlasste sie die Betreuung weiterzuführen, obwohl die Betreuungsbedürftigkeit nicht mehr bestand (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 6, Z. 19-20). Auch auf die Nachfrage, ob innerhalb des Betreuungsprozesses Zielstellungen mit den zu betreuenden Personen vereinbart, besprochen und evaluiert worden sind, negierten die Befragten vorrangig. Frau Z. versteht unter Zielvereinbarung innerhalb der rechtlichen Betreuung: „(...) Ja, dass wir das Konto einrichten wegen der Insolvenz, sowas eben, aber ansonsten eigentlich nicht (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 6, Z. 256-268).“

Die Erstellung einer individuellen Betreuungsplanung, Vereinbarungen von Maßnahmen und Zielstellung sowie der Evaluation des Betreuungsprozesses sind für rechtliche BetreuerInnen elementare Werkzeuge um ihr eigenes Handeln kritisch zu

reflektieren. Mit Hilfe der Planung können Erfolge und Bedürfnisse wahrgenommen, der Betreuungsprozess transparenter gestaltet und gegebenenfalls vorrangige Hilfen zur Förderung und Bewältigung rechtlicher Angelegenheiten initiiert werden. Eine aktuelle Pflicht zur Betreuungsplanung ist noch nicht ausdrücklich geregelt und wird nicht gerichtlich eingefordert. Jedoch würde ein Betreuungsplan helfen im Gespräch mit der zu betreuenden Person den realen Hilfebedarf besser einschätzen zu können (Vgl. Thar, in BGT e.V., 2011, S. 207). So bestätigt der Psychiatriekoordinator, dass die Fallverläufe von zu betreuenden Personen Aufschluss über die Qualität der rechtlichen Betreuung geben: „(...) Also, wenn der Betreuer seine Aufgaben gar nicht richtig wahrnimmt, nicht dran bleibt, nicht entsprechend nachhaltig ähm für seinen Betroffenen einsetzt, da kann man das an bestimmten Fallverläufen gut nachvollziehen. Ich habe da auch so eine ganze Reihe von Beispielen gesammelt, wo Menschen, eben dadurch in Schwierigkeiten kommen, dass der Betreuer dem nicht nachgeht, damit meine ich nicht, dass der Betreuer selber betreut, im Sinne von sozialpädagogischer Betreuung, sondern was die dazu notwendige sozialpädagogische Betreuung einfordert, genau sich für die Rechte einsetzt (...) die notwendigen Maßnahmen einzuleiten, die demjenigen in seiner Hilfsbedürftigkeit erreichen, ja? (Vgl. Anlage 3.4, Transkription 2, Z. 39-45, 57-58).“

**Die Wahrnehmung des realen Hilfebedarfs in Form von Betreuungsplangesprächen ist im Rahmen einer rechtlichen Betreuung unabdingbar.** Dabei müssen rechtliche BetreuerInnen über fundierte Kenntnisse von Hilfestrukturen im Sozialraum, sozialpädagogischen Hilfen und deren Inhalte sowie des Sächsischen PsychKG verfügen, um vorsorgende, nachsorgende und begleitende Hilfen für Menschen mit psychiatrischer Diagnose zu organisieren und ihre Selbstbestimmung zu wahren (Vgl. Anlage 3.4, Transkription 2, Z. 82-97). Wenn sich die Hilfen nicht an die Bedarfe der zu betreuenden Person orientieren, müssen rechtliche BetreuerInnen in Zusammenarbeit mit der Person andere Hilfsmöglichkeiten suchen. Dieses Vorgehen kann ebenso in Form von Hilfeplangesprächen, in Einbezug begleitender Hilfen, wie das ambulant betreute Wohnen, realisiert werden. Gerade bei krisenhaften Entwicklungen des gesundheitlichen Zustandes müssen Hilfeplangespräche in enger Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst stattfinden. Der Psychiatriekoordinator betont: „Es ist eben auch ein Recht zum Beispiel, dass der Sozialpsychiatrische Dienst permanent bestimmten Situationen nachgeht, dass man da dran bleibt, dass der Sozialpsychiatrische Dienst spürt, dass das jemand da ist, der das auch will. Und im umgekehrten Fall, danach haben Sie ja auch gefragt, geht dass dann auch schief geht wenn das nicht passiert. Ja? (Vgl. Anlage 3.4, Transkription 2, 45-49).“

Speziell die multiprofessionelle Teambesprechung mit Einbezug der zu betreuenden Person, ist für rechtliche BetreuerInnen hilfreich, da Situationen bedürfnis- und bedarfsorientierter besprochen und realistischer eingeschätzt werden können. Multiperspektivische Sichtweisen der beteiligten Akteure könnten zu einer Verbesserung der Wahrnehmung des aktuellen Hilfebedarfs und der Ressourcen der KlientInnen führen. Dazu bedarf es der Etablierung von standardisierten Verfahren, wie der ICF „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ zur Hilfebedarfserfassung. In diesem Verfahren werden vorrangig Ressourcen und Bedarfe der KlientInnen im Zusammenhang von sozialen Barrieren betrachtet (Vgl. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 2011, S. 22).

Entsprechend beklagt Herr X. die mangelnde Kooperation von rechtlichen BetreuerInnen und dem ambulanten Hilfesystem „Im Prinzip läuft dass dann auch zweigleisig, man hat eine Betreuung von jemanden, die ist aber nicht gerichtlich bestellt und das beißt sich miteinander. Das beißt sich furchtbar miteinander (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 232-234).“ Analog zu Hilfeplangesprächen könnten in der multiprofessionellen Teamsitzung aktuelle Entwicklungen, Bedarfe und Zielstellung zusammen mit den KlientInnen besprochen werden, so dass Entscheidungsfindungen einer betreuungsrechtlichen Intervention nicht mehr ausschließlich in der Hand der rechtlichen BetreuerInnen liegen würden.

### **3.3.2.5 Bewertungen des Einwilligungsvorbehaltes**

Vier der befragten Personen äußerten sich im Verlauf des Interviews über den Einwilligungsvorbehalt, welcher als Aufgabenkreis bereits zu Beginn der Betreuung angeordnet wurde (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1,3,5,6). Herr X. bemängelt, dass keine Begründung über die Notwendigkeit des Einwilligungsvorbehaltes von seiner rechtlichen Betreuerin gegeben wurde: „(...) Es wurde so begründet, es ist Standard, das war automatisch. Ich sage, da können sie auch gleich meinen Personalausweis mitnehmen (Vgl. Anlage 3.2, Transkription, Z. 247-247).“ Ebenso war die Dauer des Bestehens seines Einwilligungsvorbehaltes nicht bekannt, so dass Herr X die Einteilung seines Vermögens nicht als hilfreich bewertete und sich entmündigt fühlte: „Dann wurde mir eingeteilt das Geld. Ich durfte kein Geld mehr abheben ähm...Mir wurde vorgeschrieben wie viel Geld ich ausgeben darf (...) Ja jedenfalls ähm..Ich musste für jede Sache..ähm..einen Antrag stellen..wenn ich mal eine Software brauchte..es war schlimm (Vgl. Anlage Transkription 1, Z. 43-44).“

Eine Begründung und Zielstellung des Einwilligungsvorbehaltes wurde mit Herrn X nicht besprochen: „(...) Beim ersten Termin war ich ja nicht da, und dann ist die gekommen und hat gesagt "Zeigen sie mal ihre finanziellen Unterlagen" und die waren ein bisschen durcheinander (...) und dann hat die rumgemault und dann hat die gesagt: ‚die sind jetzt beschlagnahmt‘ und sie macht alles. Da hat sie mir meine Sparkassenkarte weggenommen. Ich kriegte dann so eine temporäre, wenn ich mal Geld holte. Ich sagte dann können sie mir auch mal das Geld mitbringen, wenn sie schon meine Karte haben und dann sagte sie ‚Das ist nicht meine Arbeit‘ (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 251-257).“ Die rechtliche Betreuerin hatte zu Beginn der Betreuung keine vorrangige Maßnahme zu dem Einwilligungsvorbehalt gewählt und dessen Berechtigung unzureichend begründet, welches bei der zu betreuenden Person zu mangelndem Verständnis über die Notwendigkeit und die Mitwirkung führte. Wie bereits in Punkt 2.3.1.3 „Geeignete Maßnahmen“ theoretisch untersucht worden ist, wäre es im Sinne der UN-BRK eine Schuldnerberatung vor der Beantragung eines Einwilligungsvorbehalts in Betracht zu ziehen. Die Schuldenproblematik könnte in der Beratung für zu betreuende Personen transparenter aufgearbeitet und aktiv in den Prozess mit einbezogen werden. Zudem wird die Geldeinteilung im Rahmen des Einwilligungsvorbehaltes von den befragten Personen als negativ bewertet und ist in der Umsetzung zu wenig an den eigentlichen Bedarfen der NutzerInnen orientiert. Herr Y. kritisiert: „(...) Dazu muss ich dazu sagen, mit dem Geld, das wollte ich einmal machen als ich nicht mehr klar gekommen bin. Allerdings hatte das keinen Sinn, wenn ich einmal aller 14 Tage eine Geldzuteilung bekomme, weil da ist das Geld in 2- 3 Tage gleich alle und dann steht man da. Es müsste eine Form geben, dass das auch aller 3-4 Tage stattfinden kann. Und ja, dass wird aber nicht gewährleistet (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 3, Z. 41-45).“

Herr A. bewertet den Einwilligungsvorbehalt ebenso negativ und begründet: „Man sollte den Einwilligungsvorbehalt nicht einfach so geben. Ich sag mal jeder ist seines eigenen Glückes Schmied. Wenn man Schulden macht muss man die auch abgeben. Ich habe genug Scheiße gebaut auch ohne Betreuer und habe dafür gebüßt. Und nur weil einer einen Betreuer hat, braucht nicht zu fühlen. Ich sag mal ohne fühlen wird keiner was merken. Ich finde Einwilligungsvorbehalt Mist weil man ist ja vollkommen entmachtete auf Deutsch gesagt. Ich sag mal so jeder muss die Konsequenzen für sein Verhalten tragen. Ich habe meine Schuld auch immer getragen (Vgl. Anlage 3.2., Transkription 5, Z. 61-67).“ Aus dieser Aussage kann geschlussfolgert werden, dass Herr A. Verantwortung über die eigene Schuldenproblematik übernehmen und diese eigenständig lösen möchte. In diesen Fällen ist eine Schuldnerberatung weitaus hilfreicher als eine Vertretung von rechtlichen BetreuerInnen in Form von Geldeinteilung, um die zu betreuenden Personen vor vermögensschädlichem Verhalten zu schützen. Des Weiteren schildert Frau W. negative Stigmatisierung im zivilrechtlichen Verkehr aufgrund des Bestehens ihres Taschengeldkontos: „Einfach, dass ich das sagen muss ‚Ich werde betreut‘ und das stört mich ein Bisschen, dass ich immer sagen muss meine Betreuerin macht das, weil wer eine Betreuerin hat, da stimmt irgendetwas nicht und ich will aber das bei mir alles stimmt (...) ich habe zum Beispiel ein Konto, ein Taschengeldkonto, da weiß jeder gleich "Taschengeldkonto aha, da stimmt was nicht" und da fragt jemand ‚Haben Sie keine Karte für den Automaten‘ und ich sage, nein, und dann fragen die ‚Und wie machen sie das dann‘ und ich sage ‚na ich habe eine Betreuerin‘, die mir das immer überweist, als hätte man nicht alle Tassen im Schrank (Vgl. Anlage 3.2., Transkription 6, Z. 197-225).“ Die Diskriminierung im Alltag aufgrund des Bestehens ihrer Betreuung veranlasst Frau W. sich selbst zu stigmatisieren.

Wie bereits im Punkt 2.3.1 „Einwilligungsvorbehalt“ geschildert und in den genannten Fällen bestätigt wurde, wird der Einwilligungsvorbehalt zu oft und in einer zu langen Dauer angeregt. In der Praxis erwirkt dieser lediglich das Ziel, dass Betroffene durch Geldeinteilung und regelmäßige Abgaben an Gläubiger durch rechtliche BetreuerInnen ihre Schulden tilgen. Jedoch ist er im Sinne der UN-BRK kein geeignetes Mittel um Betroffene in der Selbstständigkeit ihrer Vermögensangelegenheiten zu unterstützen, so dass zusätzliche Hilfen, wie effektive Schuldnerberatungsstellen hinzugezogen werden sollten. Diese müssten NutzerInnen nah und niedrigschwellig im Stadtgebiet ausgebaut werden um Bedarfe abzudecken.

### **3.3.3 Unterbringungs- und Behandlungskontext**

Im folgenden Abschnitt werden Aussagen der befragten Akteure, hinsichtlich der Bewertung der psychiatrischen und betreuungsrechtlichen Versorgungsstruktur im Sozialraum, dargestellt. Anhand der Aussagen kristallisierten sich bestehende Defizite der Hilfestrukturen heraus, welche eine stationäre Unterbringung und eine rechtliche Betreuung veranlassen könnten. Des Weiteren gaben die InterviewpartnerInnen ihre Erfahrungen mit stationärer Unterbringung und unterbringungsähnlichen Maßnahmen in Behandlungen an. Somit konnten Wünsche und Verbesserungen im stationären Kontext sowie Handlungsleitlinien für rechtliche BetreuerInnen im Behandlungskontext und der Vermeidung von unterbringungsähnlichen Maßnahmen aufgezeigt werden.

### 3.3.3.1 Vorrangige Hilfen im Sozialraum Leipzig

In Bezug auf konkrete Defizite der betreuungsrechtlichen und psychiatrischen Versorgungsstruktur im Sozialraum Leipzig äußerten sich drei der befragten AkteurInnen und der Psychiatriekoordinator (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1,3,5). Dazu wurde bereits im zweiten Kapitel „Paradigmenwechsel für Alternativen“ dargestellt, dass die Unterbringungsnotwendigkeit einem mangelnden Ausbau und Vernetzung von psychiatrischer Versorgung geschuldet ist. Bestätigend dazu kritisiert der Psychiatriekoordinator fehlende individuelle und bedarfsangepasste ambulante Hilfen: „flexible ambulante Hilfen, die Entwicklungen und Bedarfe von Menschen abdeckt und begleitet: ambulante Psychiatrie vor allen Dingen auch im Zusammenspiel auch mit der Stadt, dass die Scharniere nicht funktioniert haben, die Hilfen nicht ausreichend angepasst, nicht individuell genug ((einatmen)) jetzt müssen wir ausholen, es gibt wirklich Menschen, wo sehr viele Dinge zusammenkommen, wo wir momentan, dass wir denken, dass das System nicht ausreicht nicht auszureichend scheint (Vgl. Anlage 3.4, Transkription 2, Z. 126-130).“ Explizit komorbiden KlientInnen, bei denen neben einer psychiatrischen Diagnose eine Suchtproblematik besteht, würde die aktuelle Versorgung und Vernetzung von Psychiatrie und Suchthilfe nicht ausreichen: „(...) deshalb sind ausreichende flexible ambulante Unterstützung zum Beispiel, die unterschiedliche Bedürfnisse, be also Entwicklungsmäßig und begleitet, die sind Mangelware und gerade bei den komplizierteren Menschen ist das häufig problematisch (Vgl. Anlage 3.4, Transkription 2, Z. 132-135).“ Die Defizite in ambulanter und stationärer Versorgung führen zu §1906 Abs. 1 BGB. Der Psychiatriekoordinator konkretisiert: „(...) sind im Suchtsystem Vernetzung und Verzahnung von Psychiatrie und Drogenhilfe Defizite, die Klienten ausbaden. Eindeutig (Vgl. Anlage 3.4, Transkription 2, Z. 163-164).“ Dass der §1906 BGB Betroffene nicht unbedingt vor Suiziden schützt belegt der Landespsychiatrieplan. Explizit in Sachsen besteht im bundesweiten Vergleich die höchste Suizidrate. Die Suizide ereignen sich zu 80%, ohne dass ein institutioneller Kontakt stattgefunden hat. Individuell vorsorgende, begleitende und nachsorgende Hilfen wie Hometreatment und 24-Stunden-Kriseninterventionsdienste müssen ausgebaut und gefördert werden. Speziell das Hometreatment ist in Sachsen nicht verbreitet, da aktuelle Finanzierungen nicht geklärt sind (Vgl. Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, S. 30-41).

Nicht nur eine bedürfnisgerechte Behandlung und Begleitung durch ambulante Dienste, sondern auch berufliche Perspektiven und stabile Beziehungen sind zur Vermeidung stationärer Unterbringung zwingend notwendig. Der Psychiatriekoordinator betont: „Dass muss man auch sagen man darf das nicht nur auf Behandlung verkürzen, sondern entscheidend sind ja die Unterstützungsmaßnahmen die noch zusätzlich für den Betroffenen da sind für denjenigen. Hat er eine Perspektive, hat er eigene Perspektiven trotz der Behinderung, die er hat? Kann er einer sinnhaften Beschäftigung nachgehen, findet er Menschen mit dem er kommunizieren kann, die ihn verstehen, die ihn akzeptieren bei denen er sich aufgehoben fühlt, ja. Hat er Partnerschaft, ist er alleine, bekommt er Unterstützung von Familie und ähnlichen Dingen. Also das sind alles Dinge, die Einfluss haben (Vgl. Anlage 3.4, Transkription 2, Z. 250-256).“ Speziell die beruflichen Perspektiven sind für junge Menschen mit psychiatrischer Diagnose elementar, da ein längerfristiges Beschäftigungsangebot sinnstiftend ist und die betroffenen Personen nicht in ihrer Krankheit verharren lassen: „(...) Fatal finde ich auch, dass wenige junge Leute die Chance bekommen, wieder einen Beruf zu greifen, Arbeit zu bekommen, Berufsfeld etwas nachzuholen, also das sind Aspekte die den Weg zu Non-Compliance bahnen, zu reiner Medikation (Vgl. Anlage 3.4, Transkription 2, Z. 272-275).“

Angebote zur beruflichen Rehabilitation sind in Form von Integrationsprojekten und Zuverdienstfirmen, Berufsbildungs- und Förderungswerken sowie Werkstätten für Menschen mit Behinderung und Integrationsfachdiensten zur Unterstützung und Förderung von Menschen mit psychiatrischer Diagnose sind im Standort Leipzig vorhanden. Jedoch werden die Angebote zur beruflichen Rehabilitation nicht ausreichend ausgeschöpft, so dass die betroffenen Personen frühzeitig berentet werden. Speziell der Ausbau von Integrationsfirmen anstelle der Vermittlung in Werkstätten für Menschen mit Behinderung würde berufliche Entwicklungen der betroffenen Personen nachhaltig bewirken. Dieser Aspekt wird ebenso von den befragten ExpertInnen bestätigt (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 5). Dazu fehlen in der ambulanten Versorgungsstruktur Konstruktionen, welche als niedrigschwellige Angebote Behandlungs-, Geld- und Wohnproblematiken bearbeiten und vorrangig vor einer rechtlichen Betreuung initiiert werden (Vgl. Anlage 3.4, Transkription 2, Z. 141-142). Diesen Aspekt bestätigen ebenfalls die befragten Personen. Herr A. gibt als einzige Person an, eine ambulante Hilfe im psychosozialen Gemeindezentrum Nord-Ost „Städtischer Eigenbetrieb Behindertenhilfe“ für die Bewältigung seiner rechtlichen Angelegenheiten zu nutzen (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 5). Diese wird im Verlauf seiner Ausführung als positiv und hilfreich bewertet, da in Form von Beratung und Begleitung seine Rechte durchgesetzt werden können. Ebenso besteht für ihn die Möglichkeit, Vorhaben in rechtlichen Angelegenheiten gänzlich abzulehnen und andere Möglichkeiten in Betracht zu ziehen. Herr A. bestätigt: „Deswegen bin ich auch in einer ambulanten Betreuung, denn die kann nicht sagen, mach das mach das mach das sondern, das war immer im Endeffekt meine Entscheidung. Sowas finde ich natürlich besser (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 5, Z. 79-82).“

Im Gegensatz dazu beklagt Herr Y. eine mangelnde Beratung und Transparenz von ambulanten Hilfemöglichkeiten im Sozialraum Leipzig (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 3). In der psychiatrischen Versorgungsstruktur ermöglichen „Wegweiser“ in Form von Handzetteln einen Überblick über bestehende Hilfemöglichkeiten für Menschen mit psychiatrischer Diagnose, jedoch erreichen diese die NutzerInnen scheinbar nicht. Empfehlenswert wäre es, zusätzliche Beratungsstellen einzurichten, welche vorrangige Hilfen als „Assistenzstellen“ initiieren und über Angebote der DienstleisterInnen beraten. Herr X. verdeutlicht die mangelnde Transparenz vorrangiger Hilfen und fehlende Übergänge aus rechtlicher Betreuung anhand des Beispiels einer Bekannten, welche eine Betreuung aufgrund der eigenen Sicherheit und mangelnden Vertrauens in ihre eigenen Fähigkeiten weiterführen ließ: „(...) Die hat es immer so gehalten, dass sie da einwilligt..also dass sie weiter betreut wird, dass sei zwar nicht mehr notwendig, aber für ihre eigene Sicherheit, da fühlt sie sich sicherer, wenn jemand da ist. Weil sie es sich selber nicht mehr zutraut (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 321-323).“ Gerade bei der bevorstehenden Beendigung einer Betreuung müssen rechtliche BetreuerInnen und SozialgutachterInnen vorrangige Hilfen vermitteln. Ebenso bestehen in der Praxis Problematiken in der praktischen Umsetzung von Instrumentarien wie dem persönlichen Budget. Das persönliche Budget verfehlt die



Zielstellung „vom Klienten zum Kunden“, da Krankenkassen ohne das Bestehen einer rechtlichen Betreuung dieses nicht bewilligen (Vgl. Anlage 3.4, Transkription 2, Z. 143-155). Zusätzliche Beratungs- und begleitende Stellen, „Stellen zur rechtlichen Assistenz“, können als Soziallotsen und Budgetassistenten fungieren und bedarfsgerechte Hilfen vermitteln.

### **3.3.3.2 Erfahrungen und Wünsche im Kontext stationärer Unterbringung**

In den Ausführungen der befragten Personen wurde das Thema stationäre Unterbringung von drei Personen eingebracht (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1,3,5). Dieses Thema hat offensichtlich für die Betroffenen einen hohen Stellenwert. Herr X. wünscht sich eine Vereinheitlichung der Voraussetzungen zur Unterbringung in den Bundesländern und betont die gravierenden Qualitätsunterschiede in Krankenhäusern, welche im Punkt 2.3.2.3 „Verhältnismäßigkeit“ bereits geschildert wurde: „(...) Das tendiert von Bundesland zu Bundesland und von Kreis zu Kreis oder von Krankenhaus zu Krankenhaus. Wenn ich Pech habe im falschen Kreis zu sein und einen scharfen Richter habe ähm da kann man total unter die Räder kommen (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 373-375).“ Herr Y. appelliert ebenso wie Herr X., dass die Beantragung einer stationären Unterbringung durch rechtliche BetreuerInnen nur in äußersten Notfällen, enger Kooperation und in Einverständnis mit der zu betreuenden Person erfolgen sollte (Vgl. 2.3.2.3): „(...) Wenn etwas außergewöhnliches ist, dann sollte er nicht gleich in die Psychiatrie zur Behandlung, sondern erst mal Zeit lassen und das Gefühl erst mal setzen lassen. Und nachgucken, wie würde ich in dieser Situation....was könnte ich machen, wenn ich die Gedanken habe. Und dann Handlungsmöglichkeiten suchen, was ist machbar. (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 3, Z. 192-195).“ Rechtliche BetreuerInnen müssen über eine hohe Reflexionsfähigkeit verfügen, um die Situationen adäquat einschätzen zu können. Eine stationäre Unterbringung darf nur als Ultima Ratio in Betracht gezogen werden. Die befragten Personen wünschen sich, dass rechtliche BetreuerInnen in diesen Situationen vorrangige Hilfemöglichkeiten in Form einer Beratung und Begleitung in ambulant-ärztlicher Behandlung auswählen. Den Aspekt bestätigt ebenfalls der Psychiatriekoordinator: „(...) Und da dran zu bleiben und die Betreuer zu beraten ist natürlich auch Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes auch des Behandlers, da immer wieder mit zu reflektieren (Vgl. Anlage 3.4, Transkription 2, Z. 127-129).“ Dieser betont ebenso wie Herr Y., das gemeinsame Reflektieren von Hilfemöglichkeiten und eine enge Kooperation mit dem SpDi.

Im Rahmen der Ausführungen von Herr Y. wurden kritische Aspekte hinsichtlich der stationärer Unterbringung und Behandlungsmaßnahmen eingebracht. Er schildert aus seinen Erfahrungen, dass er seinen rechtlichen Betreuer im Rahmen seiner stationären Unterbringung und Behandlung nicht als Vertrauensperson zur Unterstützung und Durchsetzung seiner Rechte angesehen hat: „(...) Ich habe ihn relativ wenig mitgenommen, weil er mir eh nichts gebracht hat. Weil ich habe die Erfahrung gemacht, dass man nicht auf die Bedürfnisse als solches eingehen wollte. Da ist es dazu gekommen, dass ich eigentlich immer allein da stand (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 3, Z. 80-82).“ Hierbei wird ersichtlich, dass die Durchsetzung des Willens nach §1901 a BGB und Kenntnis der Bedürfnisse von zu betreuenden Personen infolge mangelnden Vertrauens zu rechtlichen BetreuerInnen scheitern könnte (Vgl. 2.3.2.4, 2.3.3.5). Weiterhin

bemängelt Herr X. im Rahmen stationärer Unterbringung die Möglichkeit, Beschwerden gegen einen richterlichen Unterbringungsbeschluss einzulegen: „Und B jemand muss auch den Mut haben gegen so ein richterliches Urteil vorzugehen und gerade, wenn es mit Psychiatrie zu tun hat...Wenn man da mal drinn=e ist kommt man gar nicht mehr raus, die Richter haben da schon einen Namen...(Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 53-55).“ Er betont, dass es einen zu hohen Aufwand für die betroffenen Menschen bedarf, sich einen Anwalt zu nehmen und gegen einen Unterbringungsbeschluss vorzugehen, da eine Kommunikation mit einem Anwalt auf einer geschlossenen Station schwer möglich ist: „(...) Da kommt man auf eine geschlossene Station, wie es bei mir war..da hat man doch noch nicht mal eine Möglichkeit mit Leute nach außen zu kommunizieren unter Umständen (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 377-379, 362-364).“ Ebenso werden von ihm Diagnosestellungen von GutachterInnen bemängelt, welche die Unterbringungsnotwendigkeit begründen: „(...) Ich war nicht eine Gefahr für die Gesellschaft auch nicht für mich selber. Ich kann das auch nicht nachvollziehen was da passiert ist. Und der stellt in 3 Minuten fest, dass ich..unheimlich äh an Verfolgungswahn leide. Er hatte das lateinische Wort hier genannt.. Parano-id! Die ambulante Ärztin hat in einem dreiviertel Jahr eine Diagnose festgestellt und das macht der in 3 Minuten (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 65-67, 366-369).“

Das Unterbringungsbeschlüsse und Gutachten mit der Begründung von Selbst- und Fremdgefährdung Mängeln unterliegen wurde bereits im Punkt 2.3.2.2 ausführlich analysiert. Dieser Aspekt wird von den befragten Personen aus eigener Erfahrung bekräftigt. Die Aussagen der befragten Personen bestätigen ebenso die Notwendigkeit der Einrichtung von niedrigschwelligen Beschwerdeinstanzen in Form von Ethikkommissionen. Diese können Rechte von Menschen mit psychiatrischer Diagnose im Unterbringungskontext Geltung verleihen und bieten die Möglichkeit Beschwerden gegen Unterbringungsbeschlüsse und Gutachten einzulegen (Vgl. 2.3.2.4).

### ***3.3.3.3 Erfahrungen und Wünsche im Behandlungskontext***

Erfahrungen im stationären Behandlungskontext wurden von zwei der Befragten näher beschrieben (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1,3). Ein häufiges Problem in diesem Kontext stellt der Aufbau einer Compliance dar. Da dieser Prozess längerfristig und in enger Begleitung und Beratung mit dem SpDi, rechtlichen BetreuerInnen und der zu betreuenden Person stattfinden muss, ist es notwendig, keine vorschnelle Einweisung aufgrund einer Behandlungsbedürftigkeit anzuregen. Der Psychiatriekoordinator betont dabei: „(...) Und da dran zu bleiben und die Betreuer zu beraten ist natürlich auch Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes auch des Behandlers, da immer wieder mit zu reflektieren (Vgl. Anlage 3.4, Transkription 2, Z. 127-129).“ Im gegenseitigen Austausch sollte dabei beraten werden, ob eine stationäre Behandlung in Betracht kommt oder diese ambulant erfolgen soll, da die Traumatisierungen der zu betreuenden Personen gravierend sind (Vgl. 2.3.3.2). Herr X. schildert in diesem Kontext Angst, Ohnmacht und Traumatisierungen: „Es ist so als ob man sich in eine Hängematte fallen lässt und eine höhere Macht bestimmt...und das Schlimme ist ja, dass man gezwungen wird die Medikamente zu nehmen.....(...) da wird man gezwungen mit einer gerichtlichen Betreuung, dass mit einem Richter veranlasst wird. Das ist nämlich eine Knochenmühle und da kann ich mir gut vorstellen, dass Menschen dabei kaputt gehen... (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 66-69, 72-74).“ Herr X. betont das mangelnde Mitspracherecht von PatientInnen

im Behandlungskontext, welches wiederum zur Ohnmacht und mangelnder Compliance führt : „(...) dass man gezwungen wird die Medikamente zu nehmen.....(..) Und meine Frau weiß das auch, wo wir uns kennengelernt haben, wie negativ ich auf Medikamente reagiere..mit. mit ähm Bewusstseinsstörung..mit Bluthochdruck..mit sämtlichen Nebenwirkungen (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1., Z. 69-71).“ Er führt fort, dass selbst bei einer Medikamentenunverträglichkeit die Behandlung erzwungen wurde und keine Möglichkeit einer Besprechung von Dosierungen zur Senkung der Nebenwirkung erfolgte: „(...) ich muss Medikamente nehmen. Da gab es keine Möglichkeit, wenn die mir Seroquel angedreht haben (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 358-359).“ Die erhöhte Dosierung wird ebenso von Herr Y. als menschenunwürdig beschrieben: „Wenn dann jemand erkrankt ist und durch Medikamente tot gelegt ist und.(...) Und die Menschen als menschenwürdig betrachten und nicht so beeinflussen durch Medikamente, dass die eigentlich aufgehoben werden können (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 3, Z. 103, 65-68).“ Herr X. fordert mehr Mitspracherecht in der Behandlung und betont dabei die Menschenrechte und die Gleichstellung von PsychiatriepatientInnen: „(...) Es ist doch nun mal vorgegeben was Menschenrechte sind. Warum werden die einem abgesprochen, wenn man eine Betreuung hat. Für mich ist alles gesagt, ähm..der Status der Menschenrechtskonvention ist doch vorgegeben auch ein Kranker hat dieselben Rechte (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 85-87).“ Herr X. wünscht sich die Mitbestimmung speziell bei Psychopharmakagabe: „(...) Ich muss zum Arzt gehen und ich muss Medikamente nehmen. Da gab es keine Möglichkeit, wenn die mir Seroquel angedreht haben. Ich habe Brechreiz gehabt und das und jenes. Und sie sagte: ‚Na die müssen sie nehmen, ich habe mit dem und dem Arzt gesprochen‘ und bei mir hatte sich der Zustand überhaupt nicht verbessert auch nach 14 Tagen nicht (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 358-362).“ Die hochdosierten medikamentösen Therapieangebote werden nicht als nutzerorientiert angesehen. Die befragten Personen wünschen sich im Rahmen einer Behandlung individuelle Therapieformen mit niedrigeren Dosierungen und in Einbezug der Psychotherapie. Herr Y. beklagt den mangelnden Einsatz von Psychotherapie in seiner stationären und ambulanten Behandlung: „(...) Selbst wenn jemand an einer psychiatrischen Erkrankung erkrankt, kann man durch Psychotherapie zu sich selber finden. Bevor man nicht immer wieder neu rückfällig ist und auch durch die Medikamente. Und dann sucht der sich wieder eine neue Erkrankung, wo dann Schritt für Schritt die Medikamente erhöht werden und auch immer wieder Rückfälle gibt. Und das soll unterbunden werden. Und das soll auch ein Betreuer bei Gericht einfordern. (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 3, Z. 103- 108).“

Die Notwendigkeit des Ausbaus von bedarfsgerechten Sozio- und Psychotherapieangeboten wird ebenfalls durch den Landespsychiatrieplan bestätigt (Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 2011, S. 36). Der Psychiatriekoordinator bekennt dazu, dass sich die BehandlerInnen häufig auch aufgrund von Finanzierungsbedingungen auf die hochdosierte Medikation verlassen. In der Praxis führen speziell die Hochdosierungen und Nebenwirkungen bei den PatientInnen zu einer Vielzahl an Problematiken. Diese schränken die Lebensqualität stärker ein, als die Symptome der Erkrankung. Häufig setzen die Betroffenen die Medikamente daher aufgrund diverser körperlichen Nebenwirkungen, wie Impotenz und Gewichtszunahme, eigenmächtig ab. Der Psychiatriekoordinator betont, dass ÄrztInnen und rechtliche BetreuerInnen die Bedürfnisse der betroffenen Personen wahrnehmen und Alternativen besprechen müssen: „(...) Da bemerken wir nicht im System, dass die Frau immer mehr zunimmt, als junge Frau damit mit ihrem Selbstbild in Kollision gerät und dann natürlich die Medikamente absetzt aus meiner Sicht vollkommen nachvollziehbar. Das ist ein Artefakt, der uns häufiger passiert. Ich hoffe, dass wir da Lernfähiger sind und das System das auch wahrnimmt (...). Das nicht einfach so weggewischt wird (Vgl. Anlage 3.4, Transkription 2, Z. 263-270).“ Dennoch können schein-

bar oft selbst die grundlegendsten Behandlungsabsprachen im stationären Kontext aufgrund mangelnder personeller Ausstattung und Kommunikationsmöglichkeiten nicht realisiert werden. Herr X. beschreibt, dass es unmöglich sei auf einer geschlossenen Station Bedürfnisse zu kommunizieren: „(...) Wenn man was will, dass läuft alles nur über das Personal, da gibt es noch nicht mal eine Krankenschwester nur über Oberärzte. Nur über die Oberärzte wurde kommuniziert. Auf einer geschlossenen Station hat man keine Möglichkeiten (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 386-388).“ Wie in dem theoretischen Abschnitt bereits untersucht wurde, führen mangelnde personelle Ausstattung und die permanente Überforderung von PflegerInnen und ÄrztInnen zur vorzeitigen Anwendung von Zwangsmaßnahmen (Vgl. 2.3.3.4). Diesen Aspekt bestätigen die befragten Personen: „(...) da waren Leute die wurden auf dem Zimmer fixiert, die haben nichts gemacht. Na mal laut geworden. Da ist dermaßen Frust und da sind viele Leute und jeder hat so seine Probleme...Das sind Methoden aus dem letzten Jahrhundert. (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 401-402).“ Der Psychiatriekoordinator betont in diesem Kontext die multifaktoriellen Problemstellungen, welche in der „Psychiatrie“ verhaftet sind: „(...) Ja, weil wir sind hier in der Psychiatrie und die Psychiatrie hat viele Probleme, die hat Personalprobleme, die hat inhaltliche Probleme na na na also es kann durchaus sein, dass demjenigen nicht die Behandlung wiederfährt, die derjenige dort erwartet (Vgl. Anlage 3.4, Transkription 2, Z. 283-286).“ Aufgrund der genannten Perspektiven sind rechtliche BetreuerInnen besonders in der Verantwortung, eine bedürfnisgerechte Behandlung im ständigen Austausch von ÄrztInnen und der zu betreuenden Person durchzusetzen.

### **3.3.3.4 Verantwortlichkeit von BetreuerInnen**

Die zwei befragten Personen, welche sich im Verlauf des Interviews zu stationärer Unterbringung und unterbringungsähnlichen Maßnahmen geäußert haben, wünschen sich von rechtlichen BetreuerInnen mehr Unterstützung in der Durchsetzung ihres Willens. Dabei schildert Herr X., dass seine Betreuerin im Rahmen ihrer Gesundheitssorge nicht auf seine Bedürfnisse eingegangen ist, sondern die Verantwortung gänzlich abgegeben hat: „(...) wenn ich mal im Krankenhaus lag (...) äh..da hatte die sich noch nicht mal sehen lassen...(...) und sie meinte ‚Ja dann ist das nicht mehr meine Sache, da gibt es ja Leute darin genug‘ (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 149-153).“

Dass rechtliche BetreuerInnen Bedürfnisse und Wünsche zusammen mit ÄrztInnen und der zu betreuenden Person besprechen müssen, um eine individuelle Behandlung zu ermöglichen, fordert ebenso Herr Y. ein: „(...) das die betreuungsrechtliche Praxis dahin gehend verändert wird, dass nicht der Betreuer das praktiziert was der Arzt vorschreibt, sondern auf die Bedürfnisse, Wünsche und Sichtweisen der Betroffenen eingeht und das auch vertreten auch vor Gericht und in der Gesellschaft als solches und das als menschenwürdig betrachten (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 3, Z. 62-65).“ Ergänzend dazu müssen Beratungen über Unterstützungsmöglichkeiten im multiprofessionellen Team erfolgen, da rechtliche BetreuerInnen über ein begrenztes psychiatrisches Wissen verfügen. Der Psychiatriekoordinator betont die Verknüpfung von anderen individuellen Hilfsmöglichkeiten mit medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlungen: „(...) darum nicht nur die Behandlung jetzt weiter zu machen, sondern auch andere verschiedenen Unterstützungselemente, die es gibt, dass die verzahnt sind und das zu erkennen, was für ein Problem dahinter steckt, das ist nicht leicht für den Betreuer, ja weil der nicht so in der Psychiatriematerie möglicherweise steckt, na also deswegen braucht es da die Zusammenarbeit, Kooperation mit der

Psychiatrie, das ist wichtig (Vgl. Anlage 3.4, Transkription 2, Z. 133- 137).“ Jedoch reicht der Verlass auf ärztliche Behandlungen nicht aus um die Einhaltung der rechtlichen Grundlagen zu gewährleisten. Der Psychiatriekoordinator betont, dabei „(...) davon ausgehen, dass eine Verfahren ein Rahmen vorschreibt (...) wäre blauäugig. Deswegen braucht es auch immer eine Begleitung eines Betreuers, der das mitbegleitet, mitbetreut, ob das eingehalten wird. Und die andere Seite ist, dass abzusichern, das schon zu Beginn des Verfahrens daran gedacht wird, wie dass mal endet, was danach folgt, ob es eine Idee gibt, wie die weitere Versorgung ist, ob diejenigen da einbezogen sind, die dafür notwendig sind, ob die Familie einbezogen sind. Da sehe ich viele Dinge, die dafür noch notwendig sind, die in der Begleitung stattfinden müssen (Vgl. Anlage 3.4, Transkription 2, Z. 287-296).“

Die Verantwortung von rechtlichen BetreuerInnen im Rahmen einer freiheitsentziehenden Maßnahme ist immens. Jene stellt eine Schutzmaßnahme dar, wenn alle Kriterien erfüllt sind. Das heißt, dass rechtliche BetreuerInnen im Vorfeld den inhaltlichen Ablauf in Einbezug der zu betreuenden Person planen, so dass alle Bedürfnisse der betroffenen Person mit berücksichtigt werden (Vgl. Anlage 3.4, Transkription 2, Z. 169-181). Dabei ist es notwendig zu Beginn den zeitliche Rahmen, wie zum Beispiel eine Staffelung von Tagesbetreuung oder Ausgang und Freigang, klar zu benennen. Rechtliche BetreuerInnen sollten die Maßnahme überwachen, begleiten und Bedürfnisse der betroffenen Person erheben, welche in ständiger Fallbesprechung mit PsychologInnen, ÄrztInnen, Angehörigen und der betroffenen Person selbst reflektiert werden, um Entwicklungen anzuschieben (Vgl. Anlage 3.4, Transkription 2, Z. 182-192). Das Besprechen von Bedürfnissen und Möglichkeiten im Rahmen einer Freiheitsentziehung ist von großer Bedeutung. So können ein reizarmer Raum, ein warmes Bad oder Sitzwachen von Angehörigen und bedürfnisgerechte Maßnahmen deeskalierend wirken. Je mehr die Betroffenen eine Möglichkeit haben, sich in den Gesprächen offen und kritisch über die Behandlung zu artikulieren und Behandlungswünsche zu äußern, umso mehr wird ihnen die Angst vor der nächsten Behandlung genommen. Demnach müssen rechtliche BetreuerInnen Kenntnisse von sozialpsychiatrischen Leitlinien besitzen um die Bedürfnisorientierung zu gewährleisten. Speziell in Leipzig werden Weiterbildungen zu dem Thema „freiheitsentziehende Maßnahmen“ in Zusammenarbeit mit der Betreuungsstelle bei den „Leipziger Angehörigen und dem Ehrenamtstag“ realisiert. Ebenso können rechtliche BetreuerInnen in Psychoseseminaren Einblicke in die Lebenswelt von Psychiatrieerfahrenen bekommen und außerhalb des institutionellen Kontexts kennenlernen (Vgl. Anlage 3.4, Transkription 2, Z. 194-210). Zugleich sind die Erstellung von Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen von Bedeutung. Im Falle einer diagnostizierten Einwilligungsunfähigkeit kann mit Hilfe der Vorverfügung eine bedürfnisgerechte Behandlung erfolgen, welche dem Willen der betroffenen Person entspricht.

### **3.3.4 Wünsche im Rahmen der UN-BRK**

Im Verlauf des Interviews benannten die Befragten Maßnahmen und Veränderungen, welche sie sich im Rahmen der Umsetzung der UN-BRK für die betreuungsrechtli-

che Praxis wünschen. Dabei wurden nicht nur Handlungsleitlinien für rechtliche BetreuerInnen benannt, sondern auch höhere politisch gesellschaftliche Handlungsebenen, die zur Akzeptanz und gleichberechtigten Partizipation von Menschen mit psychiatrischer Diagnose notwendig sind. Im Rahmen des Betreuungsprozesses möchten die befragten Personen mehr Mitspracherecht und Beteiligung ihrer rechtlichen Angelegenheiten genießen. Dabei sollten rechtliche BetreuerInnen als Berater fungieren und Prozesse anstoßen. Herr A. betont dabei, dass man auch das Recht haben muss Entscheidungen abzulehnen und gemeinsam andere Lösungswege sucht: „Sag mal so, sie sollten sich nicht als allmächtig oder besserwisserisch sehen, sondern nur in beratender Funktion, das ist meine Meinung. Deswegen bin ich auch in einer ambulanten Betreuung, denn die kann nicht sagen, mach das mach das mach das sondern, das war immer im Endeffekt meine Entscheidung. Sowas finde ich natürlich besser (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 5, Z. 79-82).“ Herr X. wünscht sich ebenso mehr Mitspracherecht und einen Entscheidungsspielraum um seine Interessen zu verwirklichen: „Mehr Mitspracherecht haben und das sie nicht entmündigt sind oder nur –ne Nummer sind und kein Einspruchsrecht haben, dass denen dass Sozialrechts weggenommen wird.... Dass sollte aber eher eine Zusammenarbeit sein (...) auf Augenhöhe, dass der eine wie ein Kind davor sitzt (Vgl. Anlage 3.2, Transkription1, Z. 61-63, 329, 331).“ Herr B. legt großen Wert auf eine gleichberechtigte Zusammenarbeit. Rechtliche BetreuerInnen sollten den zu betreuenden Personen nicht alle Angelegenheiten gänzlich abnehmen, sondern sie ins „Leben holen“. Speziell die Förderung einer beruflichen Integration ist für zwei der befragten Personen von großer Bedeutung gewesen. Rechtliche BetreuerInnen sollten diese Prozesse anstoßen und das Recht auf adäquate Arbeit, Lohn und Bezahlung im Rahmen des Artikels 27 UN-BRK einfordern. Herr B: „Vielleicht hätte der Betreuer ihn auf einen besseren Weg gebracht. Ich denke ein Betreuer sollte auch die Leute beruflich nach vorne bringen und nicht nur vorbei (...) Das man nach vorne gebracht wird persönlich, arbeitstechnisch, gesundheitlich (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 4., Z. 190-192, 202).“

Herr A. betont, dass rechtliche BetreuerInnen im beruflichen Kontext den Willen der zu betreuenden Person unterstützen, da ein Leben ohne berufliche Perspektiven den Leidensdruck und Erkrankungen fördert: „Ich wurde vom Amtsarzt geschickt und innerhalb von 5 Minuten wurde festgestellt, dass ich arbeitsunfähig bin aufgrund der Aktenlage von 2000 bis 2002. Das wollte ich anfechten und mein Betreuer hat sich geweigert (...) dann wirst du abgeschossen auf Rente (...) Und ganz ehrlich, wenn ich keine Chance im Leben habe und keine Perspektive habe, wenn du eh nichts erreichen kannst und rumvegetierst, kannst du dich auch gleich einsargen lassen (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 5, Z. 125-135).“ Gerade im Rahmen der UN-BRK müssen rechtliche BetreuerInnen Verwirklichungschancen von zu betreuten Personen auch entgegengesetzter Meinungen anderer Professioneller einfordern: „(...) also erst mal ist die Kenntnis wichtig, die könnte die Position, die ich eingangs genannt habe gut stärken, nämlich dass der Betroffene Rechte hat und Verwirklichungschancen bekommt. Dass diese auch durchgesetzt werden müssen. Also ich erwarte schon von einem Betreuer, dass er in der Lage ist äh der Familie, dem Arzt, dem Krankenhaus und vielleicht noch der Betreuungsbehörde zu widersprechen (Vgl. Anlage 3.4, Transkription 2, Z. 307- 311).“

Herr A. hätte sich auch gewünscht, dass rechtliche BetreuerInnen ihn in seinen „Recht auf Arbeit“ unterstützt und andere Alternativen zur sozialen Absicherung außerhalb der EU-Rente in Erwägung gezogen hätten. Herr A. wünscht sich: Das die einen Löcher in die Mauer schlägt, dass man auch wieder heraus kommt (...) Ich wünsch mir jemand der einen keine Steine in der Weg legt und dich aus dem Loch wieder heraus holt (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 5, Z. 138-145).“ Die Einforderung einer gleichberechtigten, gesellschaftlichen Teilhabe bedarf nicht nur der Ver-

pflichtung rechtlicher BetreuerInnen, sondern ebenso bürgerschaftlichen Engagements um Benachteiligungen von Menschen mit Behinderung aufzuzeigen und politische Handlungsebenen zu erreichen. Der Psychiatriekoordinator argumentiert dazu: „Da ist die Politik gefragt. Ich bin mir nicht sicher, dass die Politik in den nächsten Jahren darauf achtet und sich den Schwächsten unserer Gesellschaft so annehmen wird (...) Und der Hintergrund dafür ist immer wenn es wirtschaftlich schwierige Zeit gibt, diejenigen die am Rand stehen auch über den Rand gekippt werden. Die Behindertenrechtskonvention kann nur funktionieren auf einem politischen Hintergrund. Auf einer Basis, der Betreuer allein kann das natürlich nicht durchsetzen. Denken sie an die Pflegesätze hier in Sachsen, die im Gegenzug zu anderen viel zu niedrig sind, was natürlich auch bedeutet, dass weniger Betreuung da ist. Mit Sicherheit (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 2, Z. 321-322, 329-334).“ Um bürgerschaftliches Engagement als klassisches „Empowerment“ zu erreichen, müssen Stigmata in Bezug auf psychische Erkrankungen abgebaut und eine gesellschaftliche Akzeptanz von Menschen mit psychiatrischer Diagnose bewirkt werden. Die befragten Betroffenen wünschen sich im Rahmen dessen, dass mehr Öffentlichkeitsarbeit betrieben wird. Herr B. schildert dazu seine Erfahrungen: „Sobald es um das Thema Schizophrenie geht, denken die da rennt einer mit dem Messer durch die Gegend, dass man so zu sagen unkundig ist und es zu Stigmata zu Benachteiligung kommt. Das man mehr über Psychiatrie weiß und nicht nur dass es eine Schublade ist. Mein bester Freund ist mal nach 'Dösen' gekommen und hat mich mal besucht und hat gedacht, wenn er da rein kommt dass da links und rechts jemand angesprungen kommt. Das halt dieses Unwissen zu Ängsten führen. Vieles entstammt aus einem Großteil von Stigmata (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 4, Z. 89-94).“ Herr A. bestätigt dieses Argument, wenn die Gesellschaft über psychiatrische Krankheiten aufgeklärt wäre, würden die betroffenen Menschen eine berufliche Chance bekommen. Er schildert seine Erfahrungen: „(...) Und die haben dann auch immer gesagt ‚Okay du hättest es drauf, aber der Chef sagt aufgrund der Reportage und aufgrund der Krankheit Nein‘. Und die haben mich abgelehnt obwohl das Probearbeiten gut war aber der Chef sagt aufgrund der Reportage aufgrund der Angst Nein. Ich bin ja auch ausgebildeter Koch und habe eigentlich ein positives Feedback, aber der Chef sagt Nein, aufgrund der Krankheit. Dass sagt der Chef ‚einen schizophrenen Messerstecher stelle ich nicht ein‘ (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 5, Z. 109-116).“

Ebenso wünschen sich die Befragten im Rahmen des Betreuungsprozesses Kontrollinstanzen, die Schutz vor Machtmissbrauch bieten. Probleme entstehen in der Beziehung von rechtlichen BetreuerInnen und zu betreuender Person erst innerhalb einer rechtlichen Betreuung, so dass ein einmaliges Kennenlerngespräch im Beisein der Betreuungsbehörde nicht ausreicht. Die befragten Personen wünschen sich eine regelmäßige Zufriedenheitsbefragung wie diese exemplarische Untersuchung. Herr X. argumentiert: „(...) Es müsste auch Kontrollorgane..geben, die..gesetzlich bestellte, die ähm oder ambulante, die das kontrollieren. (...) Es reicht nicht einen Bericht zu schreiben äh, die dann positiv quittieren und dann steht ja nur das subjektive von dem Betreuer drin..(...) dass es auch Stichproben gibt (...) dass man die Klienten fragt (...) wie man mit dem Zurecht kommt (...) dass man die paar schwarzen Schafe. (Vgl. Anlage 3.2, Transkription 1, Z. 337-347).“ Die Kontrolle könnte von der Betreuungsbehörde oder außenstehenden Personen durchgeführt werden um dem Betreuungsgericht Bedarfe anzeigen zu können. Rechtliche BetreuerInnen haben somit auch die Möglichkeit, ihre Arbeitsprozesse zu reflektieren und zu evaluieren. Der Jahresbericht reicht nicht aus um einen Eindruck des Betreuungsablaufs, der Beziehung, Erfolge und Zielstellungen zu bekommen. Des Weiteren sind die Hürden von Beschwerdemöglichkeiten innerhalb eines Betreuungsprozesses bei dem Betreuungsgericht und der Betreuungsbehörde für die Befragten zu hoch. Die befragten Betroffenen wussten nicht wohin sie sich bei Beschwerden wenden sollen. Herr X.

nahm sich aufgrund seiner Unzufriedenheit einem Anwalt um die rechtliche Betreuung aufzuheben (Vgl. Anlage 3.2, Transkription, Z. 50-53).

### **3.4 Handlungsleitlinien für rechtliche BetreuerInnen**

Wie aus der Auswertung der Untersuchung hervorging, fordern die „ExpertInnen in eigener Sache“ eine Verbesserung in der Aufklärung von betreuungsrechtlichen Verfahrensweisen sowie in der Beratung und Unterstützung von ehrenamtlichen BetreuerInnen. Innerhalb des Betreuungsprozesses sollen Absprachen gemeinsam, individueller, offener und ohne Androhung von Sanktionen gestaltet werden. Kontakt- und Beratungsangebote von rechtlichen BetreuerInnen sollen persönlicher und auf die Bedürfnisse der zu betreuenden Personen zugeschnitten sein. Durch individuellere Terminabsprachen und Beratungen unter Einbeziehung von zu betreuenden Personen kann eine verbesserte Vertrauensbasis und Bedürfnisorientierung in der Ausübung höchstpersönlicher rechtlicher Angelegenheiten erfolgen. Diese Forderungen beinhalten ebenso eine adäquate Beratungsqualifizierung von rechtlichen BetreuerInnen, um den Bedürfnissen gerecht zu werden.

Die befragten Personen würden sich gern aktiver beteiligen können. Der Betreuungsprozess soll in der Wahrnehmung ihrer rechtlichen Angelegenheiten von BetreuerInnen transparenter gestaltet werden. Die Partizipation innerhalb des Betreuungsprozesses wird ausdrücklich gewünscht, um Selbststigmatisierungen zu verhindern und eine spätere eigenständige Übernahme der rechtlichen Angelegenheiten zu ermöglichen. Um den Betreuungsprozess transparenter zu gestalten befürworten die befragten Personen die Erstellung von Betreuungsplänen und Hilfeplangespräche. Mittels einer multiprofessionellen Sicht anderer Helfer können in den Gesprächen reale Bedürfnisse und Hilfebedarfe sowie der Betreuungsprozess ressourcenorientierter erfolgen.

Bei der Einrichtung des Einwilligungsvorbehaltes beanspruchten die „ExpertInnen in eigener Sache“, dass dieser nicht zu frühzeitig und nur mit ihrem Einverständnis beantragt wird. Um Diskriminierung und Selbststigmatisierung im rechtsgeschäftlichen Alltag zu verhindern sollten vorrangig Schuldnerberatungen stattfinden. In dieser können zu betreuende Personen aktiv zur Regulierung der Schuldenproblematik beitragen. Des Weiteren wünschen sich die Befragten Hilfsangebote im Sozialraum Leipzig, welche rechtliche Betreuung ersetzen oder den Übergang von rechtlicher Betreuung in die Selbstständigkeit erleichtern. Um die Selbstbestimmung zu gewährleisten sollen Begleitungs- und Beratungsstellen zur Hilfestellung in rechtlichen Angelegenheiten, Vermittlung von Hilfsangeboten auch im Rahmen des persönlichen Budgets ausgebaut werden. Ebenso wird das Fehlen adäquater Angebote zur Förde-



rung von Arbeit und Beschäftigung in der psychiatrischen Versorgung bemängelt. Rechtliche BetreuerInnen sollten auch berufliche Integration und das Recht auf adäquate Arbeit, Lohn und Bezahlung im Rahmen des Artikels 27 UN-BRK einfordern.

Im Rahmen von stationärer Unterbringung und Behandlung fordern die ExpertInnen eine Vereinheitlichung der Unterbringungsvoraussetzungen sowie einheitliche Qualitätsstandards der Kliniken. Um alle vorrangigen Hilfen auszuschöpfen sollen rechtliche BetreuerInnen in enger Kooperation mit den spDi zusammenarbeiten. Dazu werden Ethikkommissionen und niedrigschwellige Beschwerdestellen gewünscht, um Rechte bei einer stationären Unterbringung zu wahren. In Behandlungssachen besteht der Tenor über ein gleichberechtigtes Mitspracherecht. Der Ausbau von ambulanten und stationären Psycho- und Soziotherapien wird von den Befragten explizit gewünscht. Die Behandlungen sollen ambulant wie stationär nicht nur aus einer hochdosierten Medikation bestehen, sondern bedürfnisgerecht und individuell auf jeden einzelnen Betroffenen zugeschnitten sein. Mit Hilfe von multiprofessionellen Teamberatungen in Einbezug der zu betreuenden Person können Unterstützungsmöglichkeiten ausfindig gemacht werden, um freiheitsentziehende Maßnahmen zu vermeiden. In Form von Behandlungsvereinbarungen und psychiatrischen Patientenverfügungen können rechtliche BetreuerInnen den Willen der zu betreuenden Person bei einer diagnostizierten Einwilligungsunfähigkeit durchsetzen.

Generell fordern die Befragten, dass rechtliche BetreuerInnen zu betreuende Personen in rechtlichen Angelegenheiten mehr einbeziehen und dass sie mehr Mitspracherecht erhalten. Dabei sollen rechtliche BetreuerInnen vorrangig als BeraterInnen fungieren. Um Machtmissbrauch innerhalb einer rechtlichen Betreuung zu verhindern, wünschen sich die befragten Personen niedrigschwellige Kontrollen in Anlehnung an die ExpertInneninterviews.

Betrachtet man die Forderungen der „ExpertInnen in eigener Sache“, wird deutlich, dass die Ausübung einer rechtlichen Betreuung weitaus mehr Aufgaben umfassen sollte, als die Vertretung in rechtlichen Angelegenheiten. Zwar ist das Ziel von rechtlicher Betreuung justizieller Natur, jedoch muss die Umsetzung nach den Handlungsmethoden der Sozialen Arbeit erfolgen, um dies zu erreichen. Die Ergebnisse dieser exemplarischen Untersuchung und des 2. Kapitels belegen das Scheitern des Resozialisationsgedanken aufgrund der zu starken justiziellen Verankerungen des Betreuungsrechts, der ausbaufähigen Profession „Berufsbetreuer“ und mangelndes Case-Management in der praktischen Ausführung rechtlicher Betreuung. Zukünftig muss über neue betreuungsrechtliche Strukturen nachgedacht werden, um den Anforderungen der UN-BRK im Sinne einer rechtlichen Assistenz Genüge zu tun.



## 4 Auswertung und Schluss

### 4.1 Auswertung der Thesen

Diese Masterarbeit gab Aufschluss darüber, dass sich im Rahmen der Umsetzung der UN-BRK zahlreiche betreuungsrechtliche Novellierungen vorgenommen werden müssen, die zur Autonomie von Menschen mit psychiatrischer Diagnose beitragen.

Um den Zielstellungen und dem Paradigmenwechsel der UN-BRK gerecht zu werden ist es notwendig, dass sich die Bundesregierung verpflichtet, Veränderungen in den bestehenden behindertenpolitischen Wohlfahrtsrechten vorzunehmen. Jedoch wurde die englischsprachige Konvention mit der „Wienervertragsrechtskonvention abgestimmten deutschsprachigen Interpretation“ defizitär übersetzt und auf die bestehenden Wohlfahrtsgesetze unzureichend angewandt. So wurde beispielsweise vielfach Inklusion mit „Integration“, Barrierefreiheit mit „leicht zugänglich“, Förderung mit „Erleichterungen“, persönliche Assistenz mit „Hilfen“ und Selbstbestimmung mit „Unabhängigkeit“ übersetzt. Die Grundsätze von Barrierefreiheit, Selbstbestimmung und Inklusion finden in der deutschsprachigen Übersetzung keinerlei Erwähnung. Ebenso flossen die Forderungen von Behindertenorganisationen in der Erstellung des Aktionsplanes unzureichend ein. Die Auswirkungen spiegeln sich im Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK wieder. Die Bundesregierung deklariert das Betreuungsrecht in seinen gesetzlichen Grundlagen und praktischen Umsetzungen als nicht reformationsbedürftig. Infolgedessen werden die persönlichkeits- und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, wie die Unterbringung, unterbringungsähnliche Maßnahmen und der Einwilligungsvorbehalt, im Aktionsplan als geeignete Maßnahmen zur Herstellung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung beschrieben. Da das Übersetzungsdefizit die Bewusstseinsbildung von einer inklusiven Gesellschaft und gleichermaßen Reichweiten in der Umsetzung der UN-BRK abschwächt, sind eine umfassende Forschung und damit einhergehende Evaluation des Betreuungsrechts dringend notwendig. Die 1.These: „Durch die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention müssen neue Aufgaben an die betreuungsrechtliche Praxis gestellt werden. Dabei sollte der Wandel von stellvertretendem Handeln hin zur rechtlichen Unterstützungsleistung von Betroffenen angestrebt werden“, kann somit vorerst bejaht werden.

Eine theoretische Analyse der Novellierungen des Betreuungsrechtes erfolgte im zweiten Kapitel der Masterarbeit. Die Untersuchung des Grundgedanken und der gesetzlichen Verfahrensweisen zur Bestellung von rechtlichen BetreuerInnen beleuchtete verschiedene Defizite, welche zu betreuende Personen an ihrer Autonomie beeinträchtigen.

Bei der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung wird der Subsidiaritäts- und Resozialisationsgrundsatz zu wenig Geltung verschafft. Um rechtliche Betreuungen zu vermeiden werden zu selten vorrangigen Hilfen von Betreuungsbehörden installiert. Zusätzlich werden kaum Menschen aus einer rechtlichen Betreuung entlassen. Ebenso entstehen Betreuungsnotwendigkeiten durch *attitudinal barriers* in Form von intransparenten bürokratischen Formularen und Verfahrensweisen sowie mangelnder Unterstützung und Beratung bei der Beantragung von Sozialleistungen. Um den Assistenzgedanken der UN-BRK zu verwirklichen müssen sowohl niedrigschwellige Hilfen geschaffen werden, die vorrangig Beratung und Begleitung in rechtlichen Angelegenheiten realisieren, als auch bürokratische Barrieren abgebaut werden. Die Definition zur Betreuungsvoraussetzung §1896 BGB ist defizitär formuliert und an den Behinderungsbegriff gekoppelt. Eine konventionskonforme Definition von rechtlicher Assistenz sollte hingegen die gesellschaftlichen Barrieren, mangelnde familiäre Unterstützung sowie unzureichende Hilfen zur rechtlichen Assistenz hervorheben. Diese würden ebenso die Notwendigkeit des Ausbaus und der Vermittlung von vorrangigen sozialen Dienstleistern herausstellen. Um Betreuung zu vermeiden, müssen Betreuungsbehörden besser personell ausgestattet und die Zusammenarbeit mit Betreuungsgerichten sowie die Qualität der Sachverständigengutachten verbessert werden. Eine bedarfsgerechte Auslastung von Betreuungsbehörden würde die Qualität der Sozialgutachten und Betreuungen durch das Installieren von vorrangigen Hilfen minimieren. Um eine Betreuungsnotwendigkeit zu begründen reichen medizinische Sachverständigengutachten und eine Diagnose nach ICD 10 nicht aus. Einschränkungen im rechtsgeschäftlichen Handeln vollziehen sich in sozialen Bezügen und können nicht medizinisch defizitär begründet werden. Es gilt zu untersuchen, ob die Gutachten in der Ermittlung einer Betreuungsbedürftigkeit weiterhin verwendbar sind.

In der Ausübung von rechtlicher Betreuung wird dem Grundsatz „Verhandeln vor Stellvertretung“ zu wenig Geltung verliehen. Dabei kann der Wille zu Gunsten des objektiven Wohles der zu betreuenden Person gänzlich durch rechtliche BetreuerInnen ersetzt werden. Das Scheitern des Grundsatzes könnte sich durch unterschiedliche Fachqualifikationen und unterschiedliches Fachwissen, durch pauschalisierte Vergütung und das Stundenkontingent von rechtlichen BetreuerInnen begründen. Eine bedarfs- und bedürfnisorientierte rechtliche Assistenz kann nur mit einer einheitlichen Aus- und Weiterbildungspflicht rechtlicher BetreuerInnen und einer Verbesserung der beruflichen Rahmenbedingungen erfolgen.

Die mangelnde Umsetzung von betreuungsrechtlichen Grundsätzen und Mängel in Verfahrensweisen, gesetzgeberischen Definitionen sowie Qualifikationen und Rahmenbedingungen von rechtlichen BetreuerInnen bestätigen die 2. These: „dass das Betreuungsrecht in seiner gesetzlichen Fundierung und praktischen Umsetzung dem Paradigmenwechsel „von Fürsorge zu Selbstsorge“ nur in bedingtem Maße gerecht wird und strukturellen Defiziten unterliegt“.

Weiterhin wurden die persönlichkeits- und freiheitseinschränkende Aufgabenkreise Einwilligungsvorbehalt, Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen auf die Konventionskonformität und Verhältnismäßigkeit geprüft und alternative Novellierungen im Sinne der UN-BRK belegt.

Im Ergebnis stellt der Einwilligungsvorbehalt im Gegensatz zu den Untersuchungen des Bundesministeriums für Justiz keine geeignete Maßnahme nach Artikel 12 Abs. 2 UN-BRK dar. Willensbekundungen von zu betreuenden Personen werden in rechtsgeschäftlichen Handlungen durch rechtliche BetreuerInnen gänzlich ersetzt. Dagegen müssen in der Entscheidungsfindung rechtliche BetreuerInnen zwar Wünsche von zu betreuenden Personen einfließen lassen. Jedoch veranlassen Haftungsspflicht und fehlende Kriterien von Wille und Wohl BetreuerInnen zu Entscheidungen in rechtlichen Angelegenheiten zum objektiven Wohl. Folglich wird jede rechtsgeschäftliche Handlung der zu betreuenden Person als schädlich betrachtet. Die starke Haftungsspflicht und defizitäre Sicht auf zu betreuende Personen lässt rechtlichen BetreuerInnen keinen Spielraum zur individuellen Förderung von Selbstbestimmung der NutzerInnen. Ungeachtet des Subsidiaritätsgrundsatzes wird der Einwilligungsvorbehalt bereits zu Beginn einer Betreuung und unverhältnismäßig häufig installiert. Dieser gilt scheinbar als legitimes Mittel zur adäquaten Führung und Disziplinierung von zu betreuenden Personen und wird vorrangig zum Schutz eingerichtet. Diese Schutzmaßnahme kommt durch *attitudinal barriers* in Form von Missbrauch Dritter und schädliche Verträge zu Stande. Im Rahmen der UN-BRK sollten Kündigungsfristen sowie Widerruffristen und -rechte im Vertragsrecht überdacht werden. Zu betreuende Personen könnten durch Beratung und Unterstützung von rechtlichen BetreuerInnen in der Vermögenssorge rechtsgeschäftliche Handlungen ausführen. Diese Interventionen sind entsprechend einer angemessenen Vorkehrungen (*reasonable accommodation*) nach Artikel 12 UN-BRK und frei von Interessenskonflikten.

Der §1906 BGB stellt meines Erachtens im Zusammenhang mit den Artikeln 14, 15 und 17 der UN-BRK keine geeignete Maßnahme zur Herstellung von Selbstbestimmung von Menschen mit psychiatrischer Diagnose dar. Die Unterbringung nach Psych KG und BGB sind Sondergesetze für Menschen mit psychiatrischer Diagnose und erzeugen ein Ungleichgewicht zur somatischen Medizin.

Die Voraussetzungen zur stationären Unterbringung erfolgen nach einem kategorialen Syllogismus und anhand subjektiver Kriterien zur Selbst- und Fremdgefährdung. Rechtliche BetreuerInnen, ÄrztInnen oder die Polizei schlussfolgern, dass sich Menschen mit psychiatrischer Diagnose in einer akuten Krise selbst oder andere gefährden. Jedoch fehlen Indizien zur tatsächlichen Gefährdung anhand objektiver Kriterien. Aufgrund mangelnder Merkmale unterliegt die Gefahrenprognose Fehlern. Folglich beantragen rechtliche BetreuerInnen und Bevollmächtigte die stationäre Unterbringung frühzeitig. Ebenso basieren

die medizinischen Gutachten meist auf Meinungen einzelner BehandlerInnen und werden von RichterInnen kaum kontrolliert. All jene Aspekte führen zu Fehleinschätzungen in der Notwendigkeit einer Unterbringung. Bei Fehlentscheidungen sind zu Betreuende ihrer Unterbringung machtlos ausgeliefert. Des Weiteren belegen Statistiken kommunale Unterschiede in den Unterbringungsraten. In Deutschland existieren keine einheitlichen Voraussetzungen und objektive Kriterien für stationäre Unterbringung und Verfahrensweisen. Somit müssen die PsychKGs angepasst werden um einheitliche Voraussetzung und eine Verhältnismäßigkeit zur stationären Unterbringung zu gewährleisten. Im Rahmen der UN-BRK ist eine Anpassung der PsychKGs notwendig. Diese darf lediglich anhand von objektiven Kriterien in der Selbstgefährdung eine Unterbringungsnotwendigkeit begründen. Liegt eine tatsächliche Fremdgefährdung vor, würde diese durch das Polizei- und Ordnungsrecht abgedeckt werden. Da das Gesetz für jeden Bürger gilt und somit kein Sonderrecht für Menschen mit psychischen Erkrankungen darstellt, trägt die Alternative dem Grundgedanken der UN-BRK Rechnung. Im Zuge dessen ist es überlegenswert den §1906 Abs. 1 BGB aus dem BGB zu entfernen. Rechtliche BetreuerInnen würden die persönlichkeits- und freiheitseinschränkende Maßnahmen nicht mehr zu verantworten haben. Im Rahmen der Gesundheitssorge könnten diese den Willen der zu betreuenden Person in Behandlungssachen durchsetzen und somit einen Machtmissbrauch verhindern. Um Rechte der betroffenen Personen im Rahmen einer stationären Unterbringung zu wahren ist der Ausbau und Einsatz von Ethikkommissionen ebenso notwendig, wie die individuelle Möglichkeit zur stationären Behandlung in Form von angepassten Hilfen, wie Hometreatment und ambulanten Krisendiensten.

Des Weiteren dürfen im Rahmen der Artikel 12 und 25 UN-BRK Behandlungen nur als freiwillige Angebote unterbreitet werden. Nach ausführlicher ärztlicher Aufklärung und unabhängig von einer Willensbestimmung haben PatientInnen das Recht Behandlungen abzulehnen. Dosierungen von Psychopharmaka sollten unter ständiger Kontrolle und mit PatientInnen gemeinsam abgestimmt werden. Somit könnten starke Nebenwirkungen und Absetzversuche der PatientInnen vermieden werden. Es müssen alternative Angebote zu pharmakologischer Behandlung bereitgestellt werden. Diese sollten individuell, dialogisch entwickelt und bedürfnisgerecht nach Soteriaansätzen ausgerichtet sein. Ebenso muss ein Abbau defizitärer Helferstrukturen erfolgen, um freiheitsentziehende Maßnahmen zu verhindern. Die Anwendung von Fixierungen, Isolierungen und sedierenden Psychopharmaka entsteht vorrangig aufgrund personeller Unterbesetzung sowie der Haltung und Einstellung des Personals. Im Rahmen der Umsetzung der UN-BRK ist es zwingend notwendig, dass explizit Akutstationen ausreichend personell besetzt, Behandlungsplätze verringert, Stationen geöffnet und PatientInnen mit Gewaltisiko auf den Stationen verteilt werden. Mit Hilfe von Deeskalationstrainings und Weiterbildungen können sich psychiatrisch Tätige auf Alternativen spezialisieren. Wenn dennoch eine freiheitsentziehende Maßnahme in Betracht gezogen wird, muss diese hohen fachlichen Kriterien genügen und unter ständiger

Kontrolle und Reflektion vollzogen werden. Zusammen mit der betroffenen Person müssen rechtliche BetreuerInnen, ÄrztInnen und PsychologInnen im Vorfeld vorrangige Maßnahmen besprechen, um die Personenschutz- Selbstbestimmungs- und Freiheitsrechte zu gewährleisten.

Die genannten Defizite in der gesetzlichen Vorraussetzung, Verhältnismäßigkeit und praktischen Umsetzung bestätigen die 3. These: „Die Paragraphen §§1903 BGB Einwilligungsvorbehalt 1906Abs.1 Unterbringung und Abs.1 Satz 2 Unterbringung zur Heilbehandlung sollten in ihrer gesetzlichen Formulierung geprüft werden, da diese in ihrer praktischen Umsetzung die Personenschutz-, Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte berühren. Es müssen schärfere Vorschriften zur Unterbringung und Heilbehandlung vom Gesetzgeber geschaffen werden.“

Um die vierte Hypothese: „Zu betreuende Personen wünschen sich mehr Einfluss in ihren rechtlichen Angelegenheiten und werden aufgrund struktureller gesellschaftlicher, betreuungsrechtlicher Barrieren ihrer Selbstbestimmung gehindert.“ zu prüfen wurde eine partizipatorische qualitative Untersuchung durchgeführt. Anhand leitfadengestützten ExpertInneninterviews wurden von einer rechtlichen Betreuung betroffene Personen mit psychiatrischer Diagnose zu der Bewertung des Betreuungsprozesses, struktureller Veränderungen und notwendiger Hilfestrukturen im Sozialraum Leipzig befragt.

Im Ergebnis ist die Bewertung von Betreuungsverfahren und Bestellung zumeist als intransparent beschrieben. Die Intransparenz wirkte sich kontraproduktiv auf die weitere Betreuungsarbeit aus. Die befragten Personen wünschen, sich aktiver beteiligen zu können indem der Betreuungsprozess in der Wahrnehmung ihrer rechtlichen Angelegenheiten von BetreuerInnen transparenter gestaltet wird. Die Partizipation innerhalb des Betreuungsprozesses wird ausdrücklich gewünscht um Selbststigmatisierungen zu verhindern und eine spätere eigenständige Übernahme der rechtlichen Angelegenheiten zu ermöglichen. Ebenso beschrieben die „ExpertInnen in eigener Sache“ die Beziehung zu rechtlichen BetreuerInnen als problematisch. Gründe dafür sind mangelndes Vertrauen, Androhungen von Sanktionen, fehlender Interessendurchsetzung und Unverständnis der Lebenswelt von zu betreuenden Personen. Eigentliche Bedürfnisse, insbesondere in Bezug auf Behandlungen, werden von rechtlichen BetreuerInnen unzureichend wahrgenommen. Die fehlende Bedürfnisorientierung lässt Rückschlüsse auf die uneinheitlichen Qualifikationen und Rahmenbedingungen rechtlicher BetreuerInnen zu. Um den Betreuungsprozess transparenter zu gestalten befürworten die befragten Personen die Erstellung von Betreuungsplänen und Hilfeplangespräche. Durch eine multiprofessionelle Sicht von anderen Helfern können in den Gesprächen reale Bedürfnisse und Hilfebedarfe sowie der Betreuungsprozess ressourcenorientierter gestaltet werden. Zu der Einrichtung des Einwilligungsvorbehaltes benannten die ExpertInnen, dass dieser zu früh innerhalb des Betreuungsprozesses beantragt wird.

Die Einrichtung des Einwilligungsvorbehaltes führt im rechtsgeschäftlichen Alltag zu Diskriminierungen und Selbststigmatisierung. Um aktiv zur Regulierung der Schuldenproblematik beizutragen sollen vorrangig Schuldnerberatungen stattfinden.

Ferner gaben die „ExpertInnen in eigener Sache“ an, dass im Sozialraum Leipzig Hilfsangebote fehlen, welche rechtliche Betreuung ersetzen oder den Übergang von rechtlicher Betreuung in die Selbstständigkeit erleichtern. Ebenso fehlen adäquate Angebote zur Förderung von Arbeit und Beschäftigung. Diese Angebote müssen vorrangig initiiert sein ehe eine EU-Berentung in Betracht gezogen wird. Die Befragten wünschen sich mehr Transparenz, Beratung und Begleitung von verschiedensten Hilfsangeboten der psychiatrischen Versorgung. Hilfsangebote werden vorrangig durch Mund-zu-Mund-Propaganda übermittelt. Um die Selbstbestimmung von Menschen mit psychiatrischer Diagnose zu gewährleisten ist es empfehlenswert Begleitungs- und Beratungsstellen zur Hilfestellung in rechtlichen Angelegenheiten, Vermittlung von Hilfsangeboten auch im Rahmen des persönlichen Budgets auszubauen.

Die „ExpertInnen in eigener Sache“ wünschen sich im Rahmen stationärer Unterbringung und Behandlung eine Vereinheitlichung der Unterbringungsvoraussetzungen sowie einheitliche Qualitätsstandards in den Kliniken. Um alle vorrangigen Hilfen vor einer stationären Behandlung auszuschöpfen sollen rechtliche BetreuerInnen in enger Kooperation mit den spDi zusammenarbeiten. Dazu werden Ethikkommissionen und niedrigschwellige Beschwerdestellen gewünscht um Rechte bei einer stationären Unterbringung zu wahren. Bezüglich der Behandlung steht ein gleichberechtigtes Mitspracherecht im Mittelpunkt, explizit in der Psychopharmakabehandlung. Die Behandlungen sollen ambulant wie stationär nicht nur aus einer hochdosierten Medikation bestehen, sondern bedürfnisgerecht und individuell auf jeden einzelnen Betroffenen zugeschnitten sein. Explizit der Ausbau von ambulanten und stationären Psycho- und Soziotherapien wird von den Befragten gefordert.

Im Rahmen der Umsetzung der UN-BRK wünschen sich die befragten Personen, dass rechtliche BetreuerInnen zu betreuende Personen in rechtlichen Angelegenheiten mehr einbeziehen und sie mehr Mitspracherecht erhalten. Dabei sollen rechtliche BetreuerInnen vorrangig als BeraterInnen fungieren. Im Rahmen von Teilhabe und Verwirklichungschancen sollen diese das Recht auf Arbeit für die zu betreuende Person einfordern. Um Machtmissbrauch innerhalb einer rechtlichen Betreuung zu verhindern, wünschen sich die befragten Personen niedrigschwellige Kontrollen in Anlehnung der ExpertInneninterviews.

In der Umsetzung der UN-BRK spielt das bürgerschaftliche Engagement für die befragten Personen eine elementare Rolle. Die Öffentlichkeit soll mehr über psychiatrische Erkrankungen aufgeklärt werden, so dass ein Stigmaabbau erfolgen kann. In Einbezug von Peers müssen sich Bürger mehr für die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen einsetzen. Gemeinsam könnten Lebensumstände aufgezeigt werden, die aufgrund gesellschaftlichen



Umgangs und Barrieren entstanden sind. Somit könnten politische Handlungsebenen erreicht und Forderungen von Betroffeneninitiativen Gehör verschafft werden.

## 4.2 Schlussbetrachtung und Ausblick

Die Untersuchung beleuchtete lediglich Teilausschnitte von Defiziten in betreuungsrechtlichen Aufgabenkreisen, welche Menschen mit psychiatrischer Diagnose betreffen. Jedoch kann anhand der Auswertung der Thesen geschlussfolgert werden, dass das Betreuungsrecht eine Strukturreform benötigt um die Grundprinzipien der UN-BRK umzusetzen. Dazu ist empfehlenswert eine allumfassende Untersuchung der gesetzlichen Strukturen, Verfahrensweisen und praktischen Umsetzung von Aufgabenkreisen durchzuführen. Diese könnte auch im Rahmen der Überprüfung und Evaluation des Betreuungsrechtes von dem Bundesministeriums für Justiz vorgenommen werden. Bis 2013 wird eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe von RichterInnen, rechtlichen BetreuerInnen und VerfahrenspflegerInnen über strukturelle Veränderungen und die Einführung des Beschwerderechtes von Menschen mit Behinderung abstimmen. Die Evaluation muss in Einbezug von Betroffeneninitiativen und unter Berücksichtigung der Bedarfe durchgeführt werden. Dass NutzerInnen von rechtlicher Betreuung auf strukturelle Missstände und Verbesserungsvorschläge von vorhandenen Strukturen in der psychiatrischen und betreuungsrechtlichen Versorgung aktiv Einfluss nehmen möchten, wurde in der ExpertInnenbefragung deutlich.

Ob rechtliche Assistenz perspektivisch als Erwachsenhilfeschutzgesetz im Sozialgesetzbuch manifestiert und über vorrangig qualifizierte Assistenz- Stelle realisiert werden soll, ist zu untersuchen. Jedoch sollte die Gestaltung und Aufgabenbereiche dieser Stellen in Einbezug von NutzerInnen durchgeführt werden. Als weiterführende Untersuchung könnten NutzerInnen über Bedürfnisse und Wünsche im Hinblick auf die Gestaltung von Assistenz- Stellen befragt werden.

Abschließend bleibt zu sagen, dass eine adäquate Umsetzung der UN-BRK nicht nur die Lebenssituationen sowie das Empowerment von Menschen mit Behinderung stärkt, sondern auch gesellschaftliche Strukturen kritischer in den Blick genommen werden. Die UN-BRK gibt für alle AkteurInnen im Sozialwesen einen Lernprozess vor, wobei behindernde gesellschaftliche Strukturen abgebaut und eigenes professionelles Handeln kritischer reflektiert werden müssen, um die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung zu gewährleisten. Der befragte Experte, Herr Y., brachte seine Erwartungen an Professionelle im Rahmen des ExpertInneninterview in einem selbst verfassten Gedicht passend zum Ausdruck:

*„für analytische sensible Menschen,  
Dörfer bauen,  
dies zu sehen und selbst zu wirken (Verfasser Herr Y.)“*

# Literatur

Aderhold, Volkmar (2010): Die Zukunft der Gemeindepsychiatrie, S. 1-13. In:

[http://www.ptv-sachsen.de/Vortrag\\_Dr.Aderhold.pdf](http://www.ptv-sachsen.de/Vortrag_Dr.Aderhold.pdf) verfügbar am 27.12.2011

Aderhold, Volkmar/Crefeld, Wolf (2010): Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden. In: Betreuungsrechtliche Praxis-BT Prax, Jahrgang 2010, Heft 2, Hamburg, S. 58-62

Aichele, Valentin (2008): Die UN-Behindertenrechtskonvention und ihr Fakultativprotokoll. Ein Beitrag zur Ratifikationsdebatte. In: Deutsches Institut für Menschenrechte, Policy paper ; Nr.9, Berlin

Bach- Jensen, Karl (2011): Das Europäische Netzwerk von Psychiatriebetroffenen. In: <http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/bachjensen.htm> am 15.12.2011

Bauer, Andreas/ Bauer, Marion(2010): Untersuchungen zu allgemeinen Problemen bei der Anwendung von freiheitsentziehender Unterbringung sowie von unterbringungsähnlichen Maßnahmen unter dem Aspekt des richtigen Zeitpunktes der Beantragung diskutiert am Beispiel des Amtsgerichts Hoyerswerda, 1. Auflage, Martinroda: KBW-Fachbuchverl. und Fachbuchservice

Bauer, Michael/ Lammel, Matthias/ Sutarski, Stephan/ Lau, Steffen (2011): Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung. Indikation, Legitimation, Kontrolle, Berlin: Med. Wiss. Verlag

Baum, Silke (2010): Die Behandlungsvereinbarung im Rahmen des Patientenverfügungsgesetzes, ein Autonomiegewinn für Menschen mit psychischen Erkrankungen, Bachelorarbeit, Merseburg: Hochschulschriften

BGT e.V. (2010): Betreuungsgerichtstag (BGT e.V.) stellt sich vor, Bochum: BGT e.V

Bielefeldt, Heiner (2009): Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenrechtskonvention. In: Deutsches Institut für Menschenrechte, 3. aktualisierte und erweiterte Aufl, Essay ; Nr. 5, Berlin : Deutsches Institut für Menschenrechte

Bielefeldt, Heiner (2006): Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenkonvention. In: Deutsches Institut für Menschenrechte, 1. Aufl., Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte

Brill, Karl- Ernst/ Marschner, Rolf (2005): Psychisch Kranke im Recht. Ein Wegweiser, 4. Aufl., Bonn: Psychiatrie Verlag

Brosey, Dagmar (2009): Wunsch und Wille des Betreute bei Einwilligungsvorbehalt und Aufenthaltsbestimmungsrecht, Diss., Hamburg: Dr. Kovač-Verlag

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (2011): Betreuungsvereine in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, S. 1-4. In: [http://www.bagfw.de/uploads/tx\\_twpublication/BAGFW\\_Stellungnahme\\_Betreuungsvereine\\_2011-05-13.pdf](http://www.bagfw.de/uploads/tx_twpublication/BAGFW_Stellungnahme_Betreuungsvereine_2011-05-13.pdf) verfügbar am 13.12.2011

Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. (2012): Die schlaue Patientenverfügung „PatVerfü“. In: <http://www.patverfue.de/> am 16.05.2012

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011): Unserer Weg in eine inklusive Gesellschaft. der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2008): Lebenslagen in Deutschland, der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, S.1 -427. In: [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsprojekt-a333-dritter-armuts-und-reichtumsbericht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsprojekt-a333-dritter-armuts-und-reichtumsbericht.pdf?__blob=publicationFile) verfügbar am 15.02.2012

Bundesministerium für Justiz (2011): Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Ingrid Hönliger, Markus Kurth, Volker Beck. Personenzentrierte und ganzheitliche Reform des Betreuungsrechts, S. 1-36. In: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/053/1705323.pdf> verfügbar am 01.02.2012

Bundesregierung (2009): Zwischen den Vertragsstaaten Deutschland, Lichtenstein, Österreich und der Schweiz abgestimmte Übersetzung. Übereinkommen der Rechte von Menschen mit Behinderung, S. 1-40. In: <http://www.netzwerk-artikel-3.de/un-konv/doku/un-konv-de.pdf> verfügbar am 17.02.2012

Crefeld, Wolf (2010): Der Wille des Patienten und dessen Behandlung. In Psychosoziale Umschau, Jahrgang 2010, Heft 1: [http://www.bgt-ev.de/fileadmin/Mediendatenbank/Themen/Behindertenrechtskonvention/CrefeldLoer\\_De\\_r\\_Wille\\_des\\_PatientenPsU201001S1-10.pdf](http://www.bgt-ev.de/fileadmin/Mediendatenbank/Themen/Behindertenrechtskonvention/CrefeldLoer_De_r_Wille_des_PatientenPsU201001S1-10.pdf) am 16.05.2012

Deinert, Horst (2012): Online Lexikon Betreuungsrecht. Betreuungszahlen. In: <http://wiki.btprax.de/Betreuungszahlen> verfügbar am 03.04.2012

Deinert, Horst (2009): Betreuungszahlen 2009. Betreuungsstatistik nach der Erhebung des Bundesministerium für Justiz, S. 1-27. In [http://www.bt-portal.de/fileadmin/BT-Prax/downloads/Statistik\\_Betreuungszahlen/10.11.12\\_Betreuungszahlen\\_2009.pdf](http://www.bt-portal.de/fileadmin/BT-Prax/downloads/Statistik_Betreuungszahlen/10.11.12_Betreuungszahlen_2009.pdf) verfügbar am 09.05.2012

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2012): Stellungnahme der DGPPN zum Urteil des Bundesverfassungsgerichtes von 23.03.2011 zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug. In URL.: [http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-01-16-zwangsbehandlung.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-01-16-zwangsbehandlung.pdf) verfügbar am 16.05.2012

Diekmann, Andrea (2010): Die Aufgaben des Betreuers im Aufgabenkreis Gesundheits-sorge. Ein Überblick. In Betreuungsrechtliche Praxis, Jahrgang 2010. Heft 2, Köln, S.: 53-57

Diekmann, Andrea/ Oeschger, Gerold (2011) :Menschen und Rechte. Behindertenrechts-

konvention und Betreuung., Bochum: BGT e.V.

Diekmann, Andreas (2004): Empirische Sozialforschung: „Grundlagen, Methoden, Anwendung“, 12.Aufl., Rowohlt-Taschenbuch-Verl., Hamburg

Dietz, Angelika/ Pörksen, Niels/ Voelzke, Wolfgang (1998): Behandlungsvereinbarung. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie, 1.Aufl., Bonn: Balance-Verlag

Dörner, Klaus/Plog, Ursula/Teller, Christine/Wendt, Frank (2004): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie, 2.Auflage, Bonn: Psychiatrie- Verlag

Eichholz, Stefan (2007): Verdrehte Fakten zum WPA Kongress. Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. Eine umfassende Rückschau, S. 1-8. In:  
<http://www.openpr.de/drucken/139378/Verdrehte-Fakten-zum-WPA-Kongress-Zwangsbehandlung-in-der-Psychiatrie-Eine-umfassende-Rueckschau.html> verfügbar am 12.03.2012

Ewers, Eberhard/ Zinke, Claudia (2011): Paritätische Positionen zur Änderung des Betreuungsrechts unter Berücksichtigung der UN- Behindertenrechtskonvention. In:

<http://www.der-paritaetische.de/fachinfos/artikel/news/un-behindertenrechtskonvention-und-betreuungsrecht/> verfügbar am 15.12.2011

Fricke, Ruth (2009): Der erste Eindruck entscheidet. Anmerkungen einer Psychiatrie-Erfahrenen, S. 8-10. In Bundesverband Psychiatrie- erfahrener e.V. (Hrsg): Bpe Rundbrief. UN- Behindertenrechtskonvention, Selbstbestimmung, Psychopharmaka, Jahrgang 2010, Heft 1. In:<http://ki-art-multimedia.de/BPE/2010/1-10.pdf> verfügbar am 12.03.2012

Gläser, Jochen/ Laudel, Grit(2009):Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse, 3.Auflage, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften

Graumann, Sigrid (2011): Assistierte Freiheit. Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte, Frankfurt: Campus- Verlag

Halmi, Alice / Narr, Wolf-Dieter/ Paetow, Alexander / Saschenbrecker, Thomas/ Talbot, René / Wähner, Eckart (2010): Irren-Offensive. 30 Jahre Kampf für die Unteilbarkeit der Menschenrechte, Neu-Ulm: AG-SPAK-Bücher

Jörk, Susette/Kobes, Anne (2010): Benachteiligung im zivilen Rechtsverkehr nach den Regelungen des AGG von Menschen mit Behinderung, für die nach § 1896 BGB ein Betreuer/ eine Betreuerin bestellt ist, S. 1- 92. In Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Hrsg.). In:  
[http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/2011\\_0407\\_Expertise\\_Benachteiligung\\_Behinderte.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/2011_0407_Expertise_Benachteiligung_Behinderte.pdf?__blob=publicationFile) verfügbar am 24.11.2011

Kaleck, Wolfgang/ Hummel, Dieter/ Hilbrans, Sönke (2009): Gutachterliche Stellungnahme, Ratifikation der UN- Disability Convention vom 30.03.2007 und Auswirkung auf die Gesetze für so genannte psychisch Kranke am Beispiel der Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung nach dem Psych KG Berlin, 2. Fassung, S. 1- 45. In Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrieerfahrener e.V. (Hrsg.). In: <http://www.die->

[bpe.de/stellungnahme/stellungnahme.pdf](http://bpe.de/stellungnahme/stellungnahme.pdf) verfügbar am 12.12.2011

Knuf, Andreas (2009): Empowerment in der psychiatrischen Arbeit, 2. Aufl., Bonn: Psychiatrie- Verlag

Lachwitz, Klaus (2011): Die UN- Behindertenrechtskonvention und ihre Bedeutung für das Betreuungsrecht. In: [www.lebenshilfe.de](http://www.lebenshilfe.de) verfügbar am 15.12.2011

Lehmann, Peter (2011): Internationale Psychiatrienetzwerke und die Psychiatrie, S. 1- 27. In: <http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/ppt/netzwerke-bern2011-ppt.pdf>, verfügbar am 15.12.2011

Lohmann, Anja (2009): Die Kampagne „alle inklusive! „. Die neue UN- Konvention. In: <http://www.alle-inklusive.behindertenbeauftragte.de> verfügbar am 15.12.2011

Meuser, Michael/ Nagel, Ulrike (2005): Das Experteninterview-vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag in qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, Alexander/Littig, Beate/ Menz, Wolfgang (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S.:71-93

Netzwerk Artikel 3 e.V.(2010): Schattenübersetzung des NETZWERK ARTIKEL 3 e.V.. Korrigierte Fassung der zwischen Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz abgestimmten Übersetzung, Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, S. 1- 39. In: [http://www.netzwerk-artikel-3.de/attachments/093\\_schattenubersetzung-endgs.pdf](http://www.netzwerk-artikel-3.de/attachments/093_schattenubersetzung-endgs.pdf) verfügbar am 17.02.2012

Northoff, Robert (2011): Jahrestagung 2011 der Leiterinnen und Leiter von Betreuungsbehörden in Erkner, S. . In.: [http://www.pea-ev.de/fileadmin/download/btb\\_2011\\_texte/Vortrag\\_Northoff.pdf](http://www.pea-ev.de/fileadmin/download/btb_2011_texte/Vortrag_Northoff.pdf) verfügbar am 22.02.2012

Olzen, Dirk (2009): Die Auswirkung der UN- Behindertenrechtskonvention auf die Unterbringung und Zwangsbehandlung nach § 1906 BGB und §§ 10 ff. Psych KG NRW. In Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.). In: [http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/medien/download/pdf/Gutachten/gutachten-zur-behindertenrechtskonvention.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/Gutachten/gutachten-zur-behindertenrechtskonvention.pdf) verfügbar am 12.03.2012

Pape, Christian ( 2006): Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie, Diss., Hannover: Medizinische Hochschulschriften

Pardey, Karl- Dieter (2009): Betreuungs- und Unterbringungsrecht, 4. Auflage, Baden-Baden: Nomos

Pfiffner, Carmen (2010): Der Einfluss einer zwangsweisen Unterbringung von Patienten mit Schizophrenie auf Rehospitalisierung und Behandlungssadhärenz. Eine prospektive, naturalistische Studie, Diss., Ulm: Medizinische Hochschulschriften

Popp, Wolfgang (2003): Zwangsbehandlung von psychisch Kranken im Betreuungsrecht, Diss., Mannheim: Europäische Hochschulschriften

Quindel, Ralf (2005): Zwischen Empowerment und sozialer Kontrolle. Das Selbstverständnis Professioneller in der Sozialpsychiatrie, 1. Aufl., Bonn: Psychiatrie Verlag

Regus, Michael / Gries, Karsten (2003): Forschungs- und Entwicklungsprojekt. Kommunale Gesundheitsberichterstattung über psychiatrische Unterbringungen und Möglichkeiten ihrer Nutzung im Rahmen eines gemeindepsychiatrischen Qualitätsmanagements. Bericht der wissenschaftlichen Begleitung. In:

<http://www.openpr.de/drucken/139378/Verdrehte-Fakten-zum-WPA-Kongress-Zwangsbehandlung-in-der-Psychiatrie-Eine-umfassende-Rueckschau.html> verfügbar am 12.03.2012

Schönwiese, Volker/ Flieger, Petra (2011): Menschenrechte - Integration – Inklusion. Aktuelle Perspektiven aus der Forschung, Bad Heilbrunn: Klinkhardt

Seibt, Mathias (2009): der Trick mit dem freien Willen. In: Betreuungsmanagement, Jahrgang 2009, Heft1, Heidelberg: C.F. Müller Verlag, S.21-23

Steenken, Doris (2009): Umsetzung der Behindertenrechtskonvention. Farce oder Chance, S. 1-5. In: [http://bpe-online.de/aktuelles/steenken\\_farce.pdf](http://bpe-online.de/aktuelles/steenken_farce.pdf) verfügbar am 15.12.2011

Stichweh, Rudolph (2012): Inklusion/Exklusion funktionale Differenzierung und die Theorie der Weltgesellschaft. In [http://www.uni-bi.de/%28de%29/soz/iw/pdf/stichweh\\_6.pdf](http://www.uni-bi.de/%28de%29/soz/iw/pdf/stichweh_6.pdf) verfügbar am 15.02.2012

Sprengler, Andreas/ Dressing, Harald/Koller, Manfred/ Salize, Hans-Joachim (2005): Zwangseinweisung- bundesweite Basisdaten und Trends. In: Der Nervenarzt: Mitteilungen DGPPN, Jahrgang 2005, Heft 3, Heidelberg: Springer Distribution Center GmbH, S.1-4

Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2011): Zweiter Sächsischer Landespsychiatrieplan, Dresden: Lausitzer Druckhaus

Stadt Leipzig (2010) : Psychiatriebericht 2010, S. 1- 32. In: [http://www.leipzig.de/imperia/md/content/53\\_gesundheitsamt/psychiatriebericht\\_2010.pdf](http://www.leipzig.de/imperia/md/content/53_gesundheitsamt/psychiatriebericht_2010.pdf) verfügbar am 16.05.2012

Technikerkrankenkasse (2008): Gesundheitsreport, Auswertungen 2008. Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen: Schwerpunkt psychische Störung, S. 1- 169. In <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/48834/Datei/1776/Gesundheitsreport-7.pdf>, verfügbar am 15.02.2012

Vieweg, Barbara in Puschke, Martina (2011): Deutscher Behindertenrat kritisiert Aktionsplan zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention. In: <http://www.deutscher-behindertenrat.de/ID96851> verfügbar am 23.02.2012

Zander, Karl- Heinz (2005): Rechtsfürsorge im Sozialstaat. Was ist Aufgabe von Betreuung?. Ergebnisse des 9. Vormundschaftsgerichtstag, Band. 8, Mainz: Vormundschaftsgerichtstag e.V.

# Anlagen

Teil 1 UN-BRK nach der Übersetzung des Netzwerk Artikel 3 e.V.

Teil 2 Interviewleitfaden und Gedächtnisprotokolle von ExpertInnen aus dem Betreuungswesen

2.1 Interviewleitfaden

2.2 Gedächtnisprotokolle

Teil 3 Interviewleitfaden und Transkription von Experten in eigener Sache

3.1 Interviewleitfaden

3.2 Transkription

3.3 Interviewleitfaden Psychiatriekoordinator

3.4 Transkription

Teil 4 Statistische Erhebung der Betreuungsstelle Leipzig





# Anlagen, Teil 1

## 1. UN-BRK nach der Übersetzung des Netzwerk Artikel 3 e.V.

### Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

#### Präambel

*Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens -*

*a) unter Hinweis* auf die in der Charta der Vereinten Nationen verkündeten Grundsätze, denen zufolge die Anerkennung der Würde und des Wertes, die allen Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft innewohnen, sowie ihrer gleichen und unveräußerlichen Rechte die Grundlage von Freiheit, Gerechtigkeit und Frieden in der Welt bildet,

*b) in der Erkenntnis*, dass die Vereinten Nationen in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte und in den Internationalen Menschenrechtspakten verkündet haben und übereingekommen sind, dass jeder Mensch ohne **jeglichen** Unterschied Anspruch auf alle darin aufgeführten Rechte und Freiheiten hat,

*c) bekräftigend*, dass alle Menschenrechte und Grundfreiheiten allgemein gültig und unteilbar sind, einander bedingen und miteinander verknüpft sind und dass Menschen mit Behinderungen der volle Genuss dieser Rechte und Freiheiten ohne Diskriminierung garantiert werden muss,

*d) unter Hinweis* auf den Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, den Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte, das Internationale Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung, das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau, das Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, das Übereinkommen über die Rechte des Kindes und das Internationale Übereinkommen zum Schutz der Rechte aller Wanderarbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen,

*e) in der Erkenntnis*, dass das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen **und** wirksamen **und gleichberechtigten** Teilhabe **auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen** an der Gesellschaft hindern,

*f) in der Erkenntnis*, dass die in dem Weltaktionsprogramm für Behinderte und den Rahmenbestimmungen für die Herstellung der Chancengleichheit für Behinderte enthaltenen Grundsätze und **politische** Leitlinien einen wichtigen Einfluss auf die Förderung, Ausarbeitung und Bewertung von politischen Konzepten, Plänen, Programmen und Maßnahmen auf einzelstaatlicher, regionaler und internationaler Ebene zur Verbesserung der Chancengleichheit für Menschen mit Behinderungen haben,

*g) nachdrücklich darauf hinweisend*, wie wichtig es ist, die **Behinderungsthematik** **disability mainstreaming** zu einem festen Bestandteil der einschlägigen Strategien der nachhaltigen Entwicklung zu machen,

*h) ebenso in der Erkenntnis*, dass jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung eine Verletzung der Würde und des Wertes darstellt, die jedem Menschen innewohnen,

*i) ferner in der Erkenntnis* der Vielfalt der Menschen mit Behinderungen,

*j) in Anerkennung* der Notwendigkeit, die Menschenrechte aller Menschen mit Behinderungen, einschließlich derjenigen, die intensivere Unterstützung benötigen, zu fördern und zu schützen,

*k) besorgt* darüber, dass sich Menschen mit Behinderungen trotz dieser verschiedenen Dokumente und Verpflichtungen in allen Teilen der Welt nach wie vor Hindernissen für ihre Teilhabe als gleichberechtigte Mitglieder der Gesellschaft sowie Verletzungen ihrer Menschenrechte gegenübersehen,

*l) in Anerkennung* der Bedeutung der internationalen Zusammenarbeit für die Verbesserung der Lebensbedingungen der Menschen mit Behinderungen in allen Ländern, insbesondere den Entwicklungsländern,

*m) in Anerkennung* des wertvollen Beitrags, den Menschen mit Behinderungen zum allgemeinen Wohl und zur Vielfalt ihrer Gemeinschaften leisten und leisten können, und in der Erkenntnis, dass die Förderung des vollen Genusses der Menschenrechte und Grundfreiheiten durch Menschen mit Behinderungen sowie ihrer uneingeschränkten Teilhabe ihr Zugehörigkeitsgefühl verstärken und zu erheblichen Fortschritten in der menschlichen, sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung der Gesellschaft und bei der Beseitigung der Armut führen wird,

*n) in der Erkenntnis*, wie wichtig die individuelle Autonomie und **Unabhängigkeit** **Selbstbestimmung** für Menschen mit Behinderungen ist, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen,

*o) in der Erwägung, dass Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit haben sollen, aktiv an Entscheidungsprozessen über politische Konzepte und über Programme mitzuwirken, insbesondere wenn diese einschließlich solcher, die sie unmittelbar betreffen,*

*p) besorgt über die schwierigen Bedingungen, denen sich Menschen mit Behinderungen gegenübersehen, die mehrfachen oder verschärften Formen der Diskriminierung aufgrund der Rasse, der Hautfarbe, des Geschlechts, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen, ethnischen, indigenen oder sozialen Herkunft, des Vermögens, der Geburt, des Alters oder des sonstigen Status ausgesetzt sind,*

*q) in der Erkenntnis, dass Frauen und Mädchen mit Behinderungen sowohl innerhalb als auch außerhalb ihres häuslichen Umfelds oft in stärkerem Maße durch Gewalt, Verletzung oder Missbrauch, Nichtbeachtung oder Vernachlässigung, Misshandlung oder Ausbeutung gefährdet sind,*

*r) in der Erkenntnis, dass Kinder mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Kindern alle Menschenrechte und Grundfreiheiten in vollem Umfang genießen sollen, und unter Hinweis auf die zu diesem Zweck von den Vertragsstaaten des Übereinkommens über die Rechte des Kindes eingegangenen Verpflichtungen,*

*s) nachdrücklich darauf hinweisend, dass es notwendig ist, bei allen Anstrengungen zur Förderung des vollen Genusses der Menschenrechte und Grundfreiheiten durch Menschen mit Behinderungen die Geschlechterperspektive einzubeziehen,*

*t) unter besonderem Hinweis darauf auf die Tatsache, dass die Mehrzahl der Menschen mit Behinderungen in einem Zustand der Armut lebt, und diesbezüglich in der Erkenntnis, dass die nachteiligen Auswirkungen der Armut auf Menschen mit Behinderungen dringend angegangen werden müssen,*

*u) in dem Bewusstsein, dass Frieden und Sicherheit auf der Grundlage der uneingeschränkten Achtung der in der Charta der Vereinten Nationen enthaltenen Ziele und Grundsätze sowie der Einhaltung der anwendbaren Übereinkünfte auf dem Gebiet der Menschenrechte unabdingbar sind für den umfassenden Schutz von Menschen mit Behinderungen, insbesondere in bewaffneten Konflikten oder während ausländischer Besetzung,*

*v) in der Erkenntnis, wie wichtig es ist, dass Menschen mit Behinderungen vollen Zugang zur physischen, sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Umwelt, zu Gesundheit und Bildung sowie zu Information und Kommunikation haben, damit sie alle Menschenrechte und Grundfreiheiten voll genießen können,*

*w) im Hinblick darauf, dass der Einzelne gegenüber seinen Mitmenschen und der Gemeinschaft, der er angehört, Pflichten hat und gehalten ist, für die Förderung und Achtung der in der Internationalen Menschenrechtscharta anerkannten Rechte einzutreten,*

*x) in der Überzeugung, dass die Familie die natürliche Kernzelle der Gesellschaft ist und Anspruch auf Schutz durch Gesellschaft und Staat hat und dass Menschen mit Behinderungen und ihre Familienangehörigen den erforderlichen Schutz und die notwendige Unterstützung erhalten sollen, um es den Familien zu ermöglichen, zum vollen und gleichberechtigten Genuss der Rechte der Menschen mit Behinderungen beizutragen,*

*y) in der Überzeugung, dass ein umfassendes und in sich geschlossenes internationales Übereinkommen zur Förderung und zum Schutz der Rechte und der Würde von Menschen mit Behinderungen sowohl in den Entwicklungsländern als auch in den entwickelten Ländern einen maßgeblichen Beitrag zur Beseitigung der tiefgreifenden sozialen Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen leisten und ihre Teilhabe am bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Leben auf der Grundlage der Chancengleichheit fördern wird -*

*haben Folgendes vereinbart:*

## **Artikel 1**

### **Zweck**

Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern.

Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können, die in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren ihre volle und wirksame Teilhabe gleichberechtigt mit anderen an der Gesellschaft behindern können.

## **Artikel 2**

### **Begriffsbestimmungen**

Im Sinne dieses Übereinkommens

schließt "Kommunikation" Sprachen, Textdarstellung, Brailleschrift, taktile Kommunikation, Großdruck, leicht zugängliches barrierefreies Multimedia sowie schriftliche, auditive, in einfache Sprache übersetzte, durch Vorleser zugänglich gemachte sowie ergänzende und alternative Formen, Mittel und Formate der Kommunikation, einschließlich leicht zugänglicher barrierefreier Informations- und Kommunikationstechnologie, ein;

schließt "Sprache" gesprochene Sprachen sowie Gebärdensprachen und andere nicht gesprochene Sprachen ein;

bedeutet "Diskriminierung aufgrund von Behinderung" jede Unterscheidung, Ausschließung oder Beschränkung aufgrund von Behinderung, die zum Ziel oder zur Folge hat, dass das auf die Gleichberechtigung mit anderen gegründete Anerkennen, Genießen oder Ausüben aller Menschenrechte und Grundfreiheiten im politischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen, bürgerlichen oder jedem anderen Bereich beeinträchtigt oder vereitelt wird. Sie umfasst alle Formen der Diskriminierung, einschließlich der Versagung angemessener Vorkehrungen;

bedeutet "angemessene Vorkehrungen" notwendige und geeignete Änderungen und Anpassungen, die keine unverhältnismäßige oder unbillige Belastung darstellen und die, wenn sie in einem bestimmten Fall erforderlich sind, vorgenommen werden, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen oder ausüben können;

bedeutet "universelles Design" ein Design von Produkten, Umfeldern, Programmen und Dienstleistungen in der Weise, dass sie von allen Menschen möglichst weitgehend ohne eine Anpassung oder ein spezielles Design genutzt werden können. "Universelles Design" schließt Hilfsmittel für bestimmte Gruppen von Menschen mit Behinderungen, soweit sie benötigt werden, nicht aus.

### Artikel 3

#### Allgemeine Grundsätze

Die Grundsätze dieses Übereinkommens sind:

- a) die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner **Unabhängigkeit Selbstbestimmung**;
- b) die Nichtdiskriminierung;
- c) die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft;
- d) die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit;
- e) die Chancengleichheit;
- f) die **Zugänglichkeit Barrierefreiheit**;
- g) die Gleichberechtigung von Mann und Frau;
- h) die Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und die Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.

### Artikel 4

#### Allgemeine Verpflichtungen

- (1) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, die volle Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderungen ohne jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung zu gewährleisten und zu fördern. Zu diesem Zweck verpflichten sich die Vertragsstaaten,
- a) alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs- und sonstigen Maßnahmen zur Umsetzung der in diesem Übereinkommen anerkannten Rechte zu treffen;
  - b) alle geeigneten Maßnahmen einschließlich gesetzgeberischer Maßnahmen zur Änderung oder Aufhebung bestehender Gesetze, Verordnungen, Gepflogenheiten und Praktiken zu treffen, die eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen darstellen;
  - c) den Schutz und die Förderung der Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen in allen politischen Konzepten und allen Programmen zu berücksichtigen;
  - d) Handlungen oder Praktiken, die mit diesem Übereinkommen unvereinbar sind, zu unterlassen und dafür zu sorgen, dass die ~~staatlichen Behörden~~ **die Träger der öffentlichen Gewalt** und öffentlichen Einrichtungen im Einklang mit diesem Übereinkommen handeln;
  - e) alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung aufgrund von Behinderung durch Personen, Organisationen oder private Unternehmen zu ergreifen;
  - f) Forschung und Entwicklung für Güter, Dienstleistungen, Geräte und Einrichtungen in universellem Design, wie in Artikel 2 definiert, die den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen mit möglichst geringem Anpassungs- und Kostenaufwand gerecht werden, zu betreiben oder zu fördern, ihre Verfügbarkeit und Nutzung zu fördern und sich bei der Entwicklung von Normen und Richtlinien für universelles Design einzusetzen;
  - g) Forschung und Entwicklung für neue Technologien, die für Menschen mit Behinderungen geeignet sind, einschließlich Informations- und Kommunikationstechnologien, Mobilitätshilfen, Geräten und unterstützenden Technologien, zu betreiben oder zu fördern sowie ihre Verfügbarkeit und Nutzung zu fördern und dabei Technologien zu erschwinglichen Kosten den Vorrang zu geben;
  - h) für Menschen mit Behinderungen **zugängliche barrierefreie** Informationen über Mobilitätshilfen, Geräte und unterstützende Technologien, einschließlich neuer Technologien, sowie andere Formen von **Hilfe Assistenz**, Unterstützungsdiensten und Einrichtungen zur Verfügung zu stellen;
  - i) die Schulung von Fachkräften und anderem mit Menschen mit Behinderungen arbeitendem Personal auf dem Gebiet der in diesem Übereinkommen anerkannten Rechte zu fördern, damit die aufgrund dieser Rechte garantierten **Hilfen Unterstützungen** und Dienste besser geleistet werden können.
- (2) Hinsichtlich der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte verpflichtet sich jeder Vertragsstaat, unter Ausschöpfung seiner verfügbaren Mittel und erforderlichenfalls im Rahmen der internationalen Zusammenarbeit Maßnahmen zu treffen, um nach und nach die volle Verwirklichung dieser Rechte zu erreichen, unbeschadet derjenigen Verpflichtungen aus diesem Übereinkommen, die nach dem Völkerrecht sofort anwendbar sind.
- (3) Bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften und politischen Konzepten zur Durchführung dieses Übereinkommens und bei anderen Entscheidungsprozessen in Fragen, die Menschen mit Behinderungen betreffen, führen die Vertragsstaaten mit den Menschen mit Behinderungen, einschließlich Kindern mit Behinderungen, über die sie vertretenden Organisationen enge Konsultationen und beziehen sie aktiv ein.
- (4) Dieses Übereinkommen lässt zur Verwirklichung der Rechte von Menschen mit Behinderungen besser geeignete Bestimmungen, die im Recht eines Vertragsstaats oder in dem für diesen Staat geltenden Völkerrecht enthalten sind, unberührt. Die in einem Vertragsstaat durch Gesetze, Übereinkommen, Verordnungen oder durch Gewohnheitsrecht anerkannten oder bestehenden Menschenrechte und Grundfreiheiten dürfen nicht unter dem Vorwand beschränkt oder außer Kraft gesetzt werden, dass dieses Übereinkommen derartige Rechte oder Freiheiten nicht oder nur in einem geringeren Ausmaß anerkenne.
- (5) Die Bestimmungen dieses Übereinkommens gelten ohne Einschränkung oder Ausnahme für alle Teile eines Bundesstaats.

## Artikel 5

### Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung

- (1) Die Vertragsstaaten anerkennen, dass alle Menschen vor dem Gesetz gleich sind, vom Gesetz gleich zu behandeln sind und ohne Diskriminierung Anspruch auf gleichen Schutz durch das Gesetz und gleiche Vorteile durch das Gesetz haben.
- (2) Die Vertragsstaaten verbieten jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung und garantieren Menschen mit Behinderungen gleichen und wirksamen rechtlichen Schutz vor Diskriminierung, gleichviel aus welchen Gründen.
- (3) Zur Förderung der Gleichberechtigung und zur Beseitigung von Diskriminierung unternehmen die Vertragsstaaten alle geeigneten Schritte, um die Bereitstellung angemessener Vorkehrungen zu gewährleisten.
- (4) Besondere Maßnahmen, die zur Beschleunigung oder Herbeiführung der tatsächlichen Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderungen erforderlich sind, gelten nicht als Diskriminierung im Sinne dieses Übereinkommens.

## Artikel 12

### Gleiche Anerkennung vor dem Recht

- (1) Die Vertragsstaaten bekräftigen, dass Menschen mit Behinderungen das Recht haben, überall als Rechtssubjekt anerkannt zu werden.
- (2) Die Vertragsstaaten anerkennen, dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen.
- (3) Die Vertragsstaaten treffen geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen.
- (4) Die Vertragsstaaten stellen sicher, dass zu allen die Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit betreffenden Maßnahmen im Einklang mit den internationalen Menschenrechtsnormen geeignete und wirksame Sicherungen vorgesehen werden, um Missbräuche zu verhindern. Diese Sicherungen müssen gewährleisten, dass bei den Maßnahmen betreffend die Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit die Rechte, der Wille und die Präferenzen der betreffenden Person geachtet werden, es nicht zu Interessenkonflikten und missbräuchlicher Einflussnahme kommt, dass die Maßnahmen verhältnismäßig und auf die Umstände der Person zugeschnitten sind, dass sie von möglichst kurzer Dauer sind und dass sie einer regelmäßigen Überprüfung durch eine zuständige, unabhängige und unparteiische Behörde oder gerichtliche Stelle unterliegen. Die Sicherungen müssen im Hinblick auf das Ausmaß, in dem diese Maßnahmen die Rechte und Interessen der Person berühren, verhältnismäßig sein.
- (5) Vorbehaltlich der Bestimmungen dieses Artikels treffen die Vertragsstaaten alle geeigneten und wirksamen Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen das gleiche Recht wie andere haben, Eigentum zu besitzen oder zu erben, ihre finanziellen Angelegenheiten selbst zu regeln und gleichen Zugang zu Bankdarlehen, Hypotheken und anderen Finanzkrediten zu haben, und zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen nicht willkürlich ihr Eigentum entzogen wird.

## Artikel 13

### Zugang zur Justiz

- (1) Die Vertragsstaaten gewährleisten, stellen sicher, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen wirksamen Zugang zur Justiz haben, unter anderem durch verfahrensbezogene und altersgemäße Vorkehrungen, um ihre wirksame unmittelbare und mittelbare Teilnahme, einschließlich als Zeugen und Zeuginnen, an allen Gerichtsverfahren, auch in der Ermittlungsphase und in anderen Vorverfahrensphasen, zu erleichtern und ermöglichen.
- (2) Um zur Gewährleistung des wirksamen Zugangs von Menschen mit Behinderungen zur Justiz beizutragen, fördern die Vertragsstaaten geeignete Schulungen für die im Justizwesen tätigen Personen, einschließlich des Personals von Polizei und Strafvollzug.

## Artikel 14

### Freiheit und Sicherheit der Person

- (1) Die Vertragsstaaten gewährleisten,
  - a) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit ihrer Person genießen;
  - b) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird, dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt.
- (2) Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen, denen aufgrund eines Verfahrens ihre Freiheit entzogen wird, gleichberechtigten gleichberechtigt mit anderen Anspruch auf die in den internationalen Menschenrechtsnormen vorgesehenen Garantien haben und im Einklang mit den Zielen und Grundsätzen dieses Übereinkommens behandelt werden, einschließlich durch die Bereitstellung angemessener Vorkehrungen.

## Artikel 15

### Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe

- (1) Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden. Insbesondere darf niemand ohne seine freiwillige Zustimmung medizinischen oder wissenschaftlichen Versuchen unterworfen werden.
- (2) Die Vertragsstaaten treffen alle wirksamen gesetzgeberischen, verwaltungsmäßigen, gerichtlichen oder sonstigen Maßnahmen, um auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen zu verhindern, dass Menschen mit Behinderungen der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden.

## Artikel 16

### **Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch**

- (1) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial-, Bildungs- und sonstigen Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Wohnung vor jeder Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch, einschließlich ihrer geschlechtsspezifischen ihrer auf der Geschlechtszugehörigkeit basierenden Aspekte, zu schützen.
- (2) Die Vertragsstaaten treffen außerdem alle geeigneten Maßnahmen, um jede Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch zu verhindern, indem sie unter anderem geeignete Formen von das Geschlecht und das Alter berücksichtigender Hilfe Assistenz und Unterstützung für Menschen mit Behinderungen und ihre Familien und Betreuungspersonen gewährleisten, einschließlich durch die Bereitstellung von Informationen und Aufklärung darüber, wie Fälle von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch verhindert, erkannt und angezeigt werden können. Die Vertragsstaaten sorgen dafür, dass Schutzdienste das Alter, das Geschlecht und die Behinderung der betroffenen Personen berücksichtigen.
- (3) Zur Verhinderung jeder Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch stellen die Vertragsstaaten sicher, dass alle Einrichtungen und Programme, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, wirksam von unabhängigen Behörden überwacht werden.
- (4) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um die körperliche, kognitive und psychische Genesung, die Rehabilitation und die soziale Wiedereingliederung von Menschen mit Behinderungen, die Opfer irgendeiner Form von Ausbeutung, Gewalt oder Missbrauch werden, zu fördern, auch durch die Bereitstellung von Schutzeinrichtungen. Genesung und Wiedereingliederung müssen in einer Umgebung stattfinden, die der Gesundheit, dem Wohlergehen, der Selbstachtung, der Würde und der Autonomie des Menschen förderlich ist und geschlechts- und altersspezifischen Bedürfnissen Rechnung trägt.
- (5) Die Vertragsstaaten schaffen wirksame Rechtsvorschriften und politische Konzepte, einschließlich solcher, die auf Frauen und Kinder ausgerichtet sind, um sicherzustellen, dass Fälle von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch gegenüber Menschen mit Behinderungen erkannt, untersucht und gegebenenfalls strafrechtlich verfolgt werden.

### **Artikel 17**

#### **Schutz der Unversehrtheit der Person**

Jeder Mensch mit Behinderungen hat gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit.

# Anlagen, Teil 2

## 2. Interviewleitfaden und Gedächtnisprotokolle aus dem Betreuungswesen

### 2.1 Interviewleitfaden für rechtliche BetreuerInnen:

#### **Zentrale Fragestellung:**

„Handlungsleitlinien rechtlicher BetreuerInnen zur Förderung des Empowerments von Menschen mit psychiatrischer Diagnose?“

#### **1. Beschreibung der Tätigkeit:**

- Woher kommt der Auftrag, die Aufgaben zu übernehmen?
- Aufgrund welcher gesetzlichen Grundlagen werden diese durchgeführt?
- Welche Aufträge werden an Sie herangetragen ? (*und von Wem ?*)
- Wie gestaltet sich der Kontakt, Gespräche, Absprachen und die Vertrauensarbeit zu den Betroffenen?
- Welche Ziele werden für die Betreuung festgelegt?

#### **2. Ausübung der Aufgabenkreise Unterbringung, Behandlungsmaßnahmen und Einwilligungsvorbehalt:**

##### **2.1 Unterbringung:**

- Welche Gründe anhand welcher Kriterien müssen vorliegen, dass Sie eine Unterbringung beantragen?
  - Wie schätzen Sie dafür den „richtigen“ Zeitpunkt ab?
  - Wer legt die Kriterien fest? Wer definiert diese anhand welcher gesetzlichen Grundlagen?

- Wie findet der Ablauf einer Unterbringung statt?
- Welche Rolle spielen Sie dabei? Wie definieren Sie Ihre Aufträge?
- Wird die betreffende Person von Ihnen in die Klinik begleitet?
- Wenn Sie die betreffende Person begleiten, worauf legen Sie besonders Wert?

## **2.2 Behandlungsmaßnahmen:**

- Wird das weitere Behandlungsvorhaben mit der betreffenden Person besprochen im Hinblick auf Informationen und ihre Rechte?
- Inwieweit werden die Betroffenen gehört, über ihre Rechte informiert und ernst genommen zu werden?
- Meinen Sie das Zwangsbehandlung und unterbringungsähnliche Maßnahmen notwendig sind:
  - Wenn Ja: Warum?
  - Wenn Nein: Was tun Sie, wenn diese angewendet werden. Wie ist in dieser Situation ihr Auftrag?
- Wie gestaltet sich die Beziehung nach einer solchen Maßnahme? Was ist Ihnen in der Beziehung mit der betreffenden Person wichtig?
- Wie sehen Sie selbst ihr Handeln während eines stationären Aufenthalts einer von Ihnen betreuten Person?
- Welche Handlungsleitlinien und Unterstützungsmöglichkeiten haben Sie für die betreffende Person in dieser Situation?

## **2.3 Einwilligungsvorbehalt:**

- Anhand welcher Kriterien beurteilen Sie, ob Gründe zur Beantragung eines Einwilligungsvorbehalts vorliegen?
- Welche Probleme ergeben sich für die Beziehung zur betreffenden Person?
- Welche Möglichkeiten haben Sie um die Probleme zu lösen?

## **3. Förderung des Empowerments**

- Welche Relevanz hat die UN- Behindertenrechtskonvention für Ihre Arbeit?
- Welche Handlungsaufträge werden Ihrer Meinung nach, durch die UN-

Behindertenrechtskonvention an Sie als rechtlicher/-e Betreuer/-in herangetragen?

- Wie wirkt es sich auf Ihre Praxis aus?
- Wie fördern Sie betreute Personen während des Betreuungsprozesses? Worauf legen Sie dabei besonders Wert?
- Wie können Sie Betroffene in der Selbstbefähigung stärken, so dass stellvertretendes Handeln minimiert wird?
  - Kann Betreuung dazu einen Beitrag leisten?
  - Welche Rahmenbedingungen sind dafür erforderlich?
- Was wäre Ihnen zu diesem Thema noch wichtig zu sagen?



## **2.2 Gedächtnisprotokolle**

# Anlagen, Teil 3

## 3. Interviewleitfaden und Transkription von ExpertInnen in eigener Sache

### 3.1 Interviewleitfaden von „ExpertInnen in eigener Sache“

#### *1. Allgemeine Angaben:*

- Welche Erfahrung haben Sie mit Betreuung?

#### *2. UN- Behindertenrechtskonvention und die Bedeutung für die betreuungsrechtliche Praxis :*

- Können sich Veränderungen aus der UN- Behindertenrechtskonvention auf die betreuungsrechtliche Praxis ergeben? Wenn Ja, Welche?
- Welche Handlungsaufträge sollten sich aus der UN- Behindertenrechtskonvention für rechtliche BetreuerInnen ergeben?

#### *3. Gestaltung des Betreuungsprozesses*

##### *3.1 Beziehung zu BetreuerInnen*

###### *Bitte schildern Sie:*

- Ihre Erfahrungen bei der Gestaltung des Betreuungsprozesses:
- Welche positiven Erfahrungen haben Sie gemacht?:
  - Wie gestalten sich diese Situationen?
  - Welche Handlungsaufträge/- leitlinien würde Sie daraus an rechtliche BetreuerInnen formulieren?
- Welche negativen Erfahrungen haben Sie gemacht?:
  - Was hätten Sie sich dabei anders gewünscht?
  - Welche Handlungsaufträge/- leitlinien würde Sie daraus an rechtliche BetreuerInnen formulieren

##### *3.2. Kontaktaufnahme und Gespräche*

###### *Bitte schildern Sie:*

Ihre Erfahrungen bei der Kontaktaufnahme, Gespräche und Absprachen mit BetreuerInnen?

- Welche positiven Erfahrung haben Sie gemacht?
  - Wie gestalten sich diese Situationen?
  - Welche Handlungsaufträge/- leitlinien würde Sie daraus an rechtliche BetreuerInnen formulieren?
- 
- Welche negativen Erfahrungen haben Sie gemacht?:
  - Was hätten Sie sich anders gewünscht?
  - Welche Handlungsaufträge/- leitlinien würde Sie daraus an rechtliche BetreuerInnen formulieren?

### **3.3 Vertrauensarbeit**

**Bitte schildern Sie:**

Ihre Erfahrung der Gestaltung der Vertrauensarbeit von BetreuerInnen?

- Welche positiven Erfahrung haben Sie gemacht?
  - Wie gestalten sich diese Situationen?
  - Welche Handlungsaufträge/- leitlinien würde Sie daraus an rechtliche BetreuerInnen formulieren?
- 
- Welche negativen Erfahrungen haben Sie gemacht?:
  - Was hätten Sie sich anders gewünscht?
  - Welche Handlungsaufträge/- leitlinien würde Sie daraus an rechtliche BetreuerInnen formulieren

### **3.4 Betreuungssituationen**

**Bitte schildern Sie:**

Welche Betreuungssituationen bewerteten Sie als hilfreich ?

- Wie gestalten sich diese Situationen?
- Welche Handlungsaufträge/- leitlinien würde Sie daraus an rechtliche BetreuerInnen formulieren?
- Welche Situationen würden Sie innerhalb des Betreuungsprozesses als negativ bewerten?:
- Wie gestalten sich diese Situationen?
- Was hätten Sie sich anders gewünscht?
- Welche Handlungsaufträge/- leitlinien würde Sie daraus an rechtliche BetreuerInnen formulieren?

### **4. Einflussmöglichkeiten:**

- Welche Einflussmöglichkeiten wünschen Sie sich im Betreuungsprozess?

➤ Welche Unterstützungsmöglichkeiten nehmen Sie aktuell wahr?

➤ Was ist notwendig damit ihre Rechte gewahrt werden und bleiben

Was wäre Ihnen zu diesem Thema noch wichtig zu sagen und wurde noch nicht erwähnt?

### **3.2 Transkription von Experten in eigener Sache**

### 3.3 Interviewleitfaden Psychatriekordinator

#### **Zentrale Fragestellung:**

„Handlungsleitlinien rechtlicher BetreuerInnen zur Förderung des Empowerments von Menschen mit psychiatrischer Diagnose?“

#### **1. Wie bewerten Sie rechtliche Betreuung?**

**Berichten Sie aus Ihren Erfahrungen hinsichtlich der Gestaltung des Betreuungsprozesses von zu betreuenden Personen und rechtliche BetreuerInnen:**

- **Welche positiven und negativen Aspekte sind Ihnen in den folgenden Punkten bekannt?**
  - Beziehungsarbeit
  - Kontaktaufnahme, Gespräche und Absprachen
  - Vertrauensarbeit
  - hilfreiche Betreuungssituationen/ kritische Betreuungssituationen

#### **2. Ausübung der Aufgabenkreise Unterbringung und Behandlungsmaßnahmen:**

##### **Unterbringung:**

- Welche Maßnahmen müssen im Vorfeld ergriffen werden um Unterbringungen nach § 1906 BGB zu vermeiden?
- Welche Problemstellungen sind Ihnen in der betreuungsrechtlichen Praxis hinsichtlich einer Unterbringung bekannt?
- Welche Gründe und anhand welcher Kriterien liegen vor um eine Unterbringung nach § 1906 BGB zu beantragen?
- Welche Rolle und Haltung sollte der/die Betreuer/-in dabei einnehmen um die Achtung der Rechte, Würde und Selbstbestimmung der zu betreuenden Person zu erhalten? Worauf sollte besonders Wert gelegt werden?
- Welche Leitlinien an die Qualität professionellen Handelns würden Sie an rechtliche BetreuerInnen in dieser Situation formulieren?

##### **Behandlungsmaßnahmen:**

- Welche Problemstellungen sind Ihnen hinsichtlich der Absprachen von weiteren Behandlungsmaßnahmen mit rechtlichen BetreuerInnen, den Klinikpersonal/Ärzten

- und der zu betreuenden Person bekannt?
- Worauf sollte der/die Betreuer/-in im Behandlungskontext besonders Wert legen?
- Welche Leitlinien an die Qualität professionellen Handelns würden Sie an rechtliche BetreuerInnen formulieren?
  
- Welche Maßnahmen müssen im Vorfeld ergriffen werden um unterbringungsähnliche Maßnahmen und Behandlung gegen den Willen der zu betreuenden Person zu vermeiden?
  
- Welchen Auftrag sollten rechtliche BetreuerInnen im Falle einer Anwendung von Zwangsbehandlung und unterbringungsähnlichen Maßnahmen haben?
  - Welche Rolle und Haltung sollte der/die Betreuer/-in dabei einnehmen um die Achtung der Rechte, Würde und Selbstbestimmung der zu betreuenden Person zu erhalten? Worauf sollte besonders Wert gelegt werden?
  
- Wie sollten Leitlinien an die Qualität professionellen Handelns rechtlicher/-e Betreuer/-in während des stationären Aufenthalts der zu betreuten Person aussehen?
  
- Welche Unterstützungsmöglichkeiten sollten der zu betreuenden Person in dieser Situation angeboten werden?

### **3. *Förderung des Empowerments***

- Welche Relevanz sollte die UN- Behindertenrechtskonvention auf die betreuungsrechtliche Arbeit haben?
- Welche Handlungsaufträge werden Ihrer Meinung nach, durch die UN- Behindertenrechtskonvention an rechtlicher/-e Betreuer/-in herangetragen?
- Wie sollten betreute Personen während des Betreuungsprozesses gefördert werden? Worauf sollte besonders Wert gelegt werden?
- Wie könnten zu betreuende Personen in der Selbstbefähigung gestärkt werden, so dass stellvertretendes Handeln minimiert wird?
  - Kann Betreuung dazu einen Beitrag leisten?
  - Wenn Ja, welche Rahmenbedingungen sind dafür erforderlich?


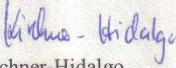
Was wäre Ihnen zu diesem Thema noch wichtig zu sagen?

### **3.4 Transkription Psychiatriekoordinator**



# Anlagen, Teil 4

## 4. Statistische Erhebung der Betreuungsstelle Leipzig

|  |  |   |                      |
|--|--|---|----------------------|
|   |  | <b>Stadt Leipzig</b>  |                      |
|  |  | Der Oberbürgermeister   |                      |
| Postanschrift: Stadt Leipzig – Amt 50.32 – 04092 Leipzig   |  | Sozialamt Leipzig<br>Betreuungsbehörde<br>Bornaische Straße 27<br>04277 Leipzig |                      |
| Frau<br>Silke Baum   |  | Bearbeiter/in<br>Frau Steidel   | Raum<br>204          |
|  |  | Telefon<br>0341/123 6434  | Fax<br>0341 123 6435 |
| Ihre Zeichen/Ihre Nachricht vom  | Unser Zeichen/Aktenzeichen<br>50.32 stei | E-Mail<br>betreuungsbehoerde@leipzig.de   | Datum<br>22.05.2012  |
| <b>Statistische Angaben der Betreuungsbehörde</b>  |  |   |                      |
| Sehr geehrte Frau Baum,  |  |   |                      |
| mit dem in der Betreuungsbehörde verwendeten Programm CABS ermittelten wir folgende Angaben:   |  |   |                      |
| Aktuell werden in Leipzig 6.607 Betreuungen geführt. Davon wurde für 2.385 Personen eine Betreuung wegen einer psychischen Erkrankung eingerichtet. Für 1.460 Personen wurde aufgrund einer seelischen Behinderung ein Betreuer bestellt. Eine Angabe, wie viele Betreuungen davon mit einem Einwilligungsvorbehalt geführt werden, ist uns aus technischen Gründen nicht möglich. |  |   |                      |
| Mit freundlichen Grüßen  |  |   |                      |
| im Auftrag   |  |   |                      |
|   |  |   |                      |
| Kirchner-Hidalgo   |  |   |                      |
| <hr/>  |  |   |                      |
| <b>Neues Rathaus</b><br>Martin-Luther-Ring 4-6<br>04109 Leipzig<br>Telefon: 0341 123-0<br>Internet: www.leipzig.de   |  |   |                      |
| <b>Zahlungsverkehr Stadtfinanzkasse – Bankverbindungen:</b>  |  |   |                      |
| Sparkasse Leipzig Kto. 101 000 1350 BLZ 860 553 92   |  |   |                      |
| Bay. Hypo- u. Vereinsbank Kto. 841 055 0 BLZ 860 200 86  |  |   |                      |
| Commerzbank Leipzig Kto. 100 800 2 BLZ 860 400 00  |  |   |                      |
| Deutsche Bank Leipzig Kto. 017 001 1100 BLZ 860 700 00   |  |   |                      |
| Dresdner Bank Leipzig Kto. 07 107 000 00 DLZ 800 000 00  |  |   |                      |
| Postbank Leipzig Kto. 678 12 904 PLZ 860 100 90  |  |   |                      |
| <b>Auslandszahlungsverkehr (EU Standardüberweisung)</b>  |  |   |                      |
| IBAN DE76 8605 5592 1010 0013 50 BIC   |  |   |                      |
| WELADE33XXX  |  |   |                      |



# Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Leipzig, den 29.06.2012

Baum, Silke